UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

"LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO FEBRERO 2014- JULIO 2014."

Requisito previo para optar por el Título de Médico

AUTORA: Andrea Daniela Salvador Aguilar
TUTOR: Dr. MSc. Guillermo Bastidas Tello

Ambato-Ecuador
Noviembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

"LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO FEBRERO 2014- JULIO 2014." de Andrea Daniela Salvador Aguilar, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre del 2014

EL TUTOR

Dr. MSc. Guillermo Bastidas Tello

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **"LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA COMO TRATAMIENTO NOFARMACOLÓGICO EN LA DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO FEBRERO 2014- JULIO 2014.",** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del trabajo.

Ambato, Noviembre del 2014

LA AUTORA

Andrea Daniela Salvador Aguilar

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de la misma un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Noviembre del 2014

LA AUTORA

Andrea Daniela Salvador Aguilar

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **"LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO FEBRERO 2014- JULIO 2014.",** de Andrea Daniela Salvador Aguilar, Estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre del 2014

Para constancia firman

……	**……..…**	**……**
PRESIDENTE/A	**1 er vocal**	**2 do vocal**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por ser el ser más sublime y misericordioso, y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser mi amiga y mi compañera que me ha ayudado a crecer y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, sin ti mi vida no sería tan maravillosa como lo es hoy, te debo todo lo que tengo y todo lo que soy.

A mi padre, que está conmigo siempre y aunque nos faltan muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento es tan especial para ti como para mí. Esta tesis es el resultado de lo que me has enseñado en la vida, ya que siempre has sido una persona honesta, entregada a tu trabajo, y sobre todo por ser un triunfador. Gracias por confiar en mí y darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida.

A mis hermanas, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mi abuelita por ser sus consejos sabios, por todo el amor que me diste desde pequeña y me sigues dando hasta hoy, eres una persona muy importante de vida, y le pido a Dios que vivas muchos años más.

A mi sobrino Mateito, que te quiero desde siempre, tu risas animan mi vida.

A Milo, mi amigo fiel gracias por tu compañía, por tu amor sincero e incondicional.

Andrea Salvador

AGRADECIMIENTO

A Dios, mis padres, hermanas, y familia. Y a todas a aquellas personas que de alguna manera contribuyeron a la realización de este trabajo que forma parte de un pequeño escalón más de mi proyecto de vida.

Andrea Salvador

ÍNDICE GENERAL

Portada……i
Aprobación del tutor……..……..……..….ii
Autoría del trabajo de grado.....iiii
Derechos de autor.....iv
Aprobación del jurado examinador.....v
Dedicatoria.....vi
Agradecimiento.....vii
Indice general.....viii
Resumen.....xiiii
Abstract.....xv
Introducción.....1
CAPÍTULO I.....2
EL PROBLEMA.....2
1.1 Tema de investigación.....2
1.2 Planteamiento del problema.....2
1.2.2. Análisis crítico.....6
1.2.3. Prognosis.....8
1.2.4. Formulación del problema.....9
1.2.5. Preguntas directrices.....9
1.2.6. Delimitación.....9
1.3. Justificación.....9
1.4. Objetivos.....11
CAPÍTULO II.....12
MARCO TEORICO.....12
2.1. Antecedentes investigativos.....12

2.2. Fundamentacion filosófica 15
2.3. Fundamentación legal 16
2.4. Categorías fundamentales 19
2.5. Hipótesis. 65
2.6. Señalamiento de variables 65
CAPÍTULO III 66
METODOLOGÍA 66
3.1. Enfoque 66
3.2. Modalidad basica de la investigación 66
3.3. Nivel o tipo de investigacion 67
3.4. Población o muestra 67
3.5. Operacionalizacion de variables 69
3.6. Plan de recoleccion de la informacion 71
3.7. Plan de procesamiento de la informacion 71
CAPITULO IV 72
ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS 72
Comprobación de hipótesis 86
CAPÍTULO V 89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 89
Conclusiones 89
Recomendaciones 89
CAPÍTULO VI 91
PROPUESTA 91
6.1. Datos informativos 91
6.2. Antecedentes de la propuesta 91
6.3 Justificación 92

6.4 Objetivos: 93
6.5 Análisis de factibilidad: 93
6.6 Fundamentación: 94
6.7 Metodología, modelo operativo: 96
6.8 Administración de la propuesta. 97
6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta. 97
Referencias bibliográficas ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Anexos 104

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Movilidad 72

Tabla 2. Cuidado-Personal..... 73

Tabla 3. Actividades Cotidianas 74

Tabla 4.Dolor/Malestar..... 75

Tabla 5. Ansiedad/Depresión..... 76

Tabla 6. Estado de Salud 77

Tabla 7. Minimental Test..... 78

Tabla 8. Movilidad 79

Tabla 9. Cuidado-Personal..... 80

Tabla 10. Actividades Cotidianas 81

Tabla 11. Dolor/Malestar..... 82

Tabla 12.Ansiedad/Depresión..... 83

Tabla 13. Estado de Salud 84

Tabla. 14 Minimental Test..... 85

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Categorías fundamentales 19
Gráfico 2. Desarrollo de la Variable independiente 20
Gráfico 3. Desarrollo de la Variable dependiente 21
Gráfico.4 Movilidad 72
Gráfico 5. Cuidado Personal 73
Gráfico 6. Actividades Cotidianas 74
Gráfico 7. Dolor/Malestar 75
Gráfico 8. Ansiedad/Depresión 76
Gráfico 9. Estado de Salud 77
Gráfico 10. Minimental Test 78
Gráfico. 11 Movilidad 79
Grafico 12. Cuidado Personal 80
Gráfico 13. Actividades Cotidianas 81
Gráfico 14. Dolor/Malestar 82
Gráfico 15. Ansiedad/Depresión 83
Gráfico 16. Estado de Salud 84
Gráfico 17. Minimental Test 85

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS 104
ANEXO 1 104
ANEXO 2 106
ANEXO 3 108

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

"LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO FEBRERO 2014- JULIO 2014."

Autora: Salvador Aguilar Andrea Daniela

Tutor: Dr. MSc. Bastidas Tello Guillermo

Fecha: Noviembre del 2014.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, ya que existe una población de adultos mayores con cierto grado de deterioro de nivel cognitivo, relacionada en el padecimiento de la enfermedad de Alzheimer

Se realizó una investigación con un estudio analítico, longitudinal, prospectivo, en el que participaron 20 adultos mayores con patología de Alzheimer en los cuales se aplicó una entrevista que tiene un Kappa de Cohen entre 0.86 y 0.90, posteriormente se ejecutó la propuesta en bien de los afectados. Para determinar la influencia se aplicó nuevamente la entrevista con la que se compara con la primera, habiendo cambios en sus valores estadísticos que demuestran la eficacia de la propuesta, además se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon, se determina que si hay relación entre las variables del estilo de vida: estado de salud, movilidad, cuidado personal y depresión con el tratamiento no farmacológico.

Con este trabajo se observó que el deterioro cognitivo grave se mantiene, no existe modificaciones, y en deterioro cognitivo leve como moderado existe una mejoría del 10%.

El objetivo principal de este trabajo es demostrar la influencia del estilo de vida como tratamiento no farmacológico en la demencia senil de tipo Alzheimer en adultos mayores en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús en el cantón Ambato provincia de Tungurahua en el periodo febrero 2014.

PALABRAS CLAVES: DEMENCIA, ALZHEIMER, DETERIORO COGNITIVO, ESTILO DE VIDA, ACTIVIDAD FISICA, ADULTO MAYOR, ACTIVIDAD MENTAL, RECREACION.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"THE INFLUENCE OF LIFESTYLE LIKE NO DRUG TREATMENT IN ALZHEIMER-TYPE DEMENTIA SENILE IN ELDERLY NURSING HOME SACRED HEART OF JESUS IN THE PROVINCE OF CANTON AMBATO TUNGURAHUA FEBRUARY 2014 IN THE PERIOD JULY 2014"

Author: Salvador Aguilar Andrea Daniela

Tutor: Dr. MSc. Bastidas Tello Guillermo

Date: November 2014

ABSTRACT

The present research was conducted in the Nursing Home Sacred Heart of Jesus, as there is a population of older adults with some degree of cognitive impairment level related to suffering Alzheimer's disease

An investigation was carried out with an analytical, longitudinal, prospective study involving 20 older adults with Alzheimer's pathology in which an interview has a Cohen's kappa between 0.86 and 0.90 was applied, then the proposal will be implemented in either affected. To determine the influence was applied again the interview with which it is compared with the first, having changes in their statistical values that demonstrate the effectiveness of the proposed addition statistical Wilcoxon test was applied, it is determined if there is a relationship between the variables lifestyle: health status, mobility, personal care and depression with non-drug treatment. This work showed that severe cognitive impairment is maintained, there is no change, and in mild cognitive impairment and there is a modest 10% improvement.

The main objective of this work is to demonstrate the influence of lifestyle as non-pharmacological treatment in senile dementia of Alzheimer type in older adults in the nursing home Sacred Heart of Jesus in the Canton Ambato Tungurahua Province in February 2014 period.

KEYWORDS: DEMENTIA, ALZHEIMER, COGNITIVE IMPAIRMENT, LIFESTYLE, PHYSICAL ACTIVITY, ELDERLY, MENTAL ACTIVITY, RECREATION.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que produce un deterioro progresivo de la función cognitiva originando una afectación funcional. Es la enfermedad más frecuente de las demencias.

La demencia se define como el deterioro adquirido en las capacidades cognitivas que entorpece la realización satisfactoria de actividades de la vida diaria.

La OMS en el año 2013 el Alzheimer tiene un porcentaje del 13.5%, de población entre 65 y 84 años, siendo el 2,63% mayor de 85 años.

Los adultos mayores son aquellos que con mayor frecuencia son afectados por esta enfermedad, no se sabe con certeza cuál es la causa por la que aparece, son múltiples factores los que acarrean esta enfermedad y a la vez no existe tratamiento específico que sea capaz de curar, uno de los factores importantes que intervienen en esta enfermedad son las condiciones en cómo viven estas personas, un estilo de vida poco saludable. Una de las terapias no farmacológicas que se motiva a estas personas es la realización de la actividad física, ya que al realizarla a su vez estas personas realizan ejercitación mental, y una recreación.

La actividad física es muy importante en la salud de las personas, contribuye a tener un buen estilo de vida a través de los beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales.

El Alzheimer es una enfermedad que se trata de frenar con tratamientos farmacológicos, pero se puede introducir un tratamiento no farmacológico con buenos resultados a futuro, como es un cambio en el estilo de vida de los adultos mayores que tienen esta enfermedad.

El deterioro cognitivo de estas personas puede ser leve, moderado o grave. Siendo afectada sus capacidades como la memoria especialmente, razonamiento, orientación, lenguaje.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

"LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO FEBRERO 2014- JULIO 2014."

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN

Macro

Según la OMS en el año 2013 la demencia senil de tipo Alzheimer tiene un porcentaje del 13.5%, de población entre 65 y 84 años, siendo el 2,63% mayor de 85 años. (OMS, Alzheimer, 2013)

La vida está compuesta de diferentes áreas como la recreación, lo social, lo físico, lo espiritual que se refuerzan entre sí para lograr un balance. A menudo las personas ocupan la mayoría del tiempo en solo un par de ellas restándoles importancia a las demás, pero para vivir una vida equilibrada no solo basta el concentrarse en el trabajo, en el estudio o incluso en la recreación. Es importante también prestar atención al aspecto social, físico, psicológico y espiritual de la vida.

Se vive en un mundo acelerado, agitado y con una sobredosis de información y estimulación. A veces se puede ser absorbido y consumidos por este mundo, dedicando todo el momento al trabajo y al estudio, y con el tiempo libre que las personas deciden distenderse en redes sociales.

En la actualidad se lleva un estilo de vida poco saludable, las personas tienes una vida rápida donde que no se comparte ya una vida familiar armónica con una buena relación intrafamiliar y a su vez va deteriorando su estado anímico. Se ha visto que la gente ya no tiene interés por desarrollar actividad física siendo importante para armonizar el cuerpo y mente.

Todo este ambiente congestionado incide en la aparición de ciertas patologías que deterioran las funciones cognitivas de las personas especialmente en los adultos mayores, lo que conlleva a la vez alteraciones en la conciencia como es la demencia senil de tipo Alzheimer, una patología crónica, irreversible e incapacitantes.

El principal objetivo de la Estimulación Cognitiva en el tratamiento de las demencia senil de tipo Alzheimer es maximizar el potencial residual de la persona, mejorando su calidad de vida y la de su entorno social y familiar, intentando enlentecer el deterioro global para mantener la máxima independencia de la persona afectada el mayor tiempo posible.

Por lo que llevar un estilo de vida saludable y recreativo ayuda a mejorar las funciones cognitivas de los individuos y así utilizarlo como tratamiento no farmacológico para la enfermedad de Alzheimer

La vejez es el principal factor de riesgo de la enfermedad, pero esto no quiere decir que la demencia senil de tipo Alzheimer sea una parte normal del proceso de envejecimiento.

La demencia senil de tipo Alzheimer es una enfermedad crónica y progresiva que afectan la memoria, el pensamiento, la conducta y la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria.

A nivel mundial se intenta frenar el avance de la enfermedad con la investigación de nuevos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Esta enfermedad es mundialmente recordada el 21 de Septiembre: Día Internacional del Alzheimer, fecha elegida por la OMS y la Federación internacional de Alzheimer. (OMS, Alzheimer, 2013)

Meso

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos mayores al 2013 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. (Llerena, 2013).El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades.

Con el transcurso del tiempo la población de adultos mayores va incrementándose por lo que se crea la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad.

No todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, la vejez se construye desde la juventud. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.

La expectativa de vida registrada en los últimos tiempos ha llevado a un incremento en la presencia de enfermedades crónicas degenerativas en los adultos mayores como es la enfermedad tipo Alzheimer.

En el Ecuador estudios han reportado que la enfermedad de Alzheimer existe en un 10%. Destacándose así en una de las enfermedades neurodegenerativas con alta incidencia en población de adultos mayores. (Llerena, 2013)

El envejecer bien es el ideal de todos, pero una vejez positiva solamente puede ser el resultado de una vida enmarcada en los parámetros que encierra el bienestar social. Cabe recalcar que un estilo de vida saludable es uno de los parámetros que aporta un envejecimiento ideal, exitoso, o en plenitud.

Desde el punto de vista clínico, esto significa que tanto los médicos, como las instituciones y organismos relacionados con la atención de la salud, deben

aumentar su nivel de preparación frente a los múltiples problemas médicos relacionados al envejecimiento, en particular al envejecimiento del sistema nervioso, en especial a la demencia senil de tipo Alzheimer.

Como tratamiento no farmacológico para la enfermedad de Alzheimer se ve beneficiario motivar un estilo de vida sano en el cual exista recreación de la memoria, basada en tareas de planificación en actividades cotidianas y significativas como leer el periódico, explicar un receta de cocina, mirar fotografías e identificar sitios y lugares, realizar actividad física y social, tener una buena relación familiar, y llevar una buena alimentación.

Micro

En la Provincia de Tungurahua, la población de adultos mayores va incrementándose, el crecimiento demográfico acelera la aparición de padecimientos propios de la tercera época de la vida como son los crónico-degenerativos como es la enfermedad de Alzheimer.

El envejecimiento es el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo.

El alcanzar una mejor calidad de vida para los individuos; no sólo se trata de aumentar los años a la vida de una persona, sino de mejorarla y aumentar el bienestar de la gente.

El hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús, existe una población de adultos mayores de 80 personas, entre las cuales el 25% padecen de Alzheimer, por lo tanto este grupo de personas es motivo idóneo para indagar, ya que al conocer sus características y padecimientos, se podrá intervenir de manera efectiva y definir verdaderas estrategias de salud orientadas a prevenir y tratar esta patología, mejorando su bienestar y por tanto su estilo de vida.

Se ha visto que tener un buen estilo de vida ayuda a la población de adultos mayores a evitar y a mejorar enfermedades degenerativas como es el Alzheimer, una buena alimentación, una correcta actividad física, social, y afectiva mejora el nivel cognitivo de personas que padecen de Alzheimer siendo una terapia no farmacológica de gran beneficio para dicha enfermedad, ya que su tratamiento farmacológico tiene costos elevados.

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

Estudios han demostrado la relación existente entre el estilo de vida como tratamiento para el Alzheimer, lo que conlleva a algunos autores a considerarla como una enfermedad importante de tipo social; coincidiendo en los diferentes factores que intervienen en su ocurrencia, tales como: falta de ejercicio físico - mental, introvertida actividad social o de recreación.

La falta de ejercicio físico-mental en adultos mayores que padecen de la enfermedad de Alzheimer incrementa su problema, por lo que ciertas modificaciones en el estilo de vida serán beneficiarias en estas personas.

El ejercicio físico – mental ofrece beneficios, ya que la ejecución de movimientos, implica la puesta en acción de mecanismos mentales, emocionales y hasta cognitivos.

El ejercicio ayuda al bienestar mental, porque cuando entrenamos, aparte de estar descargando tensiones y eliminando el estrés, nuestro organismo está produciendo endorfinas, que son sustancias estimulantes y antidepresivas, que el propio organismo fabrica mediante el esfuerzo neuromuscular.

El ejercicio físico, es importante, aunque en la sociedad actual es muy notorio que ya no se practica actividades físicas y deportivas en la mayoría de las personas, dedican cada vez más tiempo a las actividades pasivas como son entretenimientos por medio de internet o llevan una vida sedentaria. Conllevando esto a un deterioro de las capacidades de tipo mental en los adultos mayores paralelo al envejecimiento biológico

El ejercicio físico, es de modo alguno el tratamiento para ciertas patologías o las alteraciones de tipo emocional comunes en el adulto mayor, es capaz de retardar su instalación o frenar su evolución.

El ejercicio físico mejora la función mental, la autonomía, la memoria, la rapidez, la imagen corporal y la sensación de bienestar, se produce una estabilidad en la personalidad caracterizada por el optimismo, la euforia y la flexibilidad mental.

Por carencia del ejercicio físico se observa una falta de vascularización del cerebro y menor aporte de glucosa al cerebro, lo cual no facilita la recuperación funcional de algunas de sus neuronas mediante un incremento en la producción de catecolaminas, ya sea en las cápsulas suprarrenales o en el cerebro, así como el de las enzimas que facilitan la acción de los neurotransmisores.

El ejercicio físico estimula el aspecto afectivo de la persona al darse cuenta que aún pueden realizar muchas actividades que creían no poder volver a realizar, además de mejorar su estado de ánimo, lo cual le facilita su integración a grupos afines con quienes comparten sus inquietudes y anhelos; procesos que en conjunto permiten al individuo mejorar su autoestima y tener una mejor calidad de vida.

Ejercicio mental en pacientes con Alzheimer es favorable en estas personas ya que detiene el progreso de la enfermedad.

La deficiente ejercitación mental provoca la ausencia de estimulación de neuronas, debilitando las conexiones neuronales, además causando su decrecimiento, y la ausencia de reservas en el cerebro de tal manera que acelera el tiempo en que las células cerebrales sean destruidas con consecuencias negativas para las personas

La introvertida actividad social, en adultos mayores con Alzheimer provoca estados depresivos, lo que acelera esta enfermedad.

Los adultos mayores que carecen de contacto social, es frecuente que se instale un decremento en el flujo arterial cerebral y con ello una disminución del aporte de oxígeno y glucosa a este territorio, los cuales son considerados como factores energéticos por excelencia para mantener un óptimo funcionamiento cerebral.

El deterioro de las funciones cognitivas que se observa en los adultos mayores que padecen Alzheimer se ve acrecentado por la influencia de los cambios sociales a los que el sujeto se ve expuesto; como el retiro laboral, la pérdida de amigos y familiares y la falta de un papel activo.

La suma de estas condiciones puede generar una falla en el control emocional, al despertar en ellos una sensación de soledad y aislamiento que les conduce a situaciones de estrés y estados depresivos.

Los adultos mayores con esta patología y personal que están a su cargo, carecen de conocimientos de los beneficios que obtendrían al mejorar el estilo de vida, aquietando su enfermedad. Por lo que se quiere frenar estos factores, y optimizar el estilo de vida en estas personas para que su envejecimiento acompañado de esta enfermedad no sea una molestia maléfica.

1.2.3. PROGNOSIS

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva y crónica que se caracteriza por su deterioro cognitivo, por lo que la persona sufre ciertas alteraciones como es la pérdida de memoria, del lenguaje juicio y razonamiento que esto conduce a una problemática para el individuo que lo padece, provocando dificultades en la resolución de problemas en su vida diaria, hecho que les incapacita en su entorno y que les crea dificultades en su autonomía funcional.

Además su entorno familiar se ve afectado, se presentan muchos conflictos entre la familia, principalmente cuando se trata de brindar cuidados y atenciones al enfermo, así como la dificultad en la comunicación con la persona enferma y con toda la familia.

Cuando se detecta esta enfermedad, existe una ambigüedad, la primera es que pueda presentarse una crisis familiar, se resisten a aceptar la enfermedad, la degeneración y hasta la muerte de su familiar, en la mayoría de los casos de Alzheimer las personas rebasan los 65 años y tienen hijos, el conflicto entre ellos puede ser que no tienen tiempo para estar al pendiente de su familiar.

1.2.4. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la influencia del estilo de vida como tratamiento no farmacológico en la demencia senil de tipo Alzheimer en adultos mayores en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús en el cantón Ambato Provincia de Tungurahua en el periodo febrero 2014- julio 2014?

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cómo influye el ejercicio físico-mental en las actividades cognitivas de los adultos mayores con demencia senil de tipo Alzheimer en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús?

¿La recreación basada en ejercicio físico-mental grupal, mejorará la demencia senil de tipo Alzheimer de los adultos mayores que se encuentran en esta institución?

¿Es posible mejorar el estilo de vida basado en el ejercicio físico-mental y sea una alternativa de solución al problema detectado y que estimule las funciones cognitivas en adultos mayores con Alzheimer?

1.2.6. DELIMITACIÓN

El presente trabajo se lo realiza con:

Delimitación espacial: Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús en el cantón Ambato Provincia de Tungurahua

Delimitación temporal: febrero 2014- julio 2014.

Delimitación unidad de observación: adultos mayores.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es de interés ya que se va implementar al estilo de vida como tratamiento no farmacológico en la demencia senil de tipo Alzheimer, ya que tratamientos farmacológicos tienes costos elevados y efectos muy poco alentadores tanto para el paciente, como para la familia.

Es por esto que se está interesado en conocer intervenciones no farmacológicas como es llevar un estilo de vida saludable que puedan afectar de manera positiva el desarrollo y el pronóstico de los pacientes con Alzheimer.

La investigación es importante porque permite recopilar información científica sobre cómo un tratamiento no farmacológico puede desarrollar una estimulación cognitiva basada en un estilo de vida saludable en los adultos mayores que padecen de Alzheimer, siendo una herramienta muy útil los cuales se logre mejoría en las funciones cognitivas que incrementen la autonomía funcional y mejoren el estado afectivo de los pacientes, y así disminuir el exceso de discapacidad que la enfermedad de Alzheimer provoca.

El inicio de la enfermedad de Alzheimer, se caracteriza por pequeños cambios de personalidad y olvidos frecuentes, que con el paso del tiempo conduce a una incapacidad para cuidar de sí mismo y tomar decisiones. Estas personas, se caracterizan por un cambio sutil de humor, pérdida de interés y deterioro de memoria.

Así pues, típicamente en los estadios iníciales, la memoria es la capacidad cognitiva que tienen más alterada, aumentando las pérdidas de memoria de manera progresiva a lo largo de la enfermedad.

Esta pérdida de memoria, dificulta a las demás capacidades cognitivas relacionadas con la misma (orientación, lenguaje, atención, cálculo, funciones viso perceptivas, funciones ejecutivas y razonamiento verbal), a las relaciones sociales con los demás y provoca respuestas de ansiedad y depresión.

Así pues, estas personas se encuentran con dificultades en la resolución de problemas en su vida diaria, hecho que les incapacita en su entorno y que les crea dificultades en su autonomía funcional.

De ahí, la importancia de encontrar nuevos caminos para el tratamiento de estos enfermos, para conseguir un acercamiento positivo a su problema.

Es factible por que por medio de centros de acogimientos para el adulto mayor, se puede introducir tratamientos no farmacológicos que potencialicen su nivel cognitivo en personas mayores de 65 años que padecen de Alzheimer.

Además se cuenta con la preparación académica en la carrera de Medicina para poder tratar este caso a través de la investigación que se desarrolle en el presente trabajo.

Los beneficiarios de esta investigación son los adultos mayores del hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL

Determinar la influencia del estilo de vida como tratamiento no farmacológico en la demencia senil de tipo Alzheimer en adultos mayores en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús en el cantón Ambato Provincia de Tungurahua en el periodo Febrero 2014- Julio 2014

1.4.2. ESPECIFICO

- Determinar si influye el ejercicio físico-mental en las actividades cognitivas de los adultos mayores con demencia senil de tipo Alzheimer en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús
- Establecer si la recreación basada en ejercicio físico-mental grupal, mejorará la demencia senil de tipo Alzheimer de los adultos mayores que se encuentran en esta institución
- Diseñar una guia para mejorar el estilo de vida basado en el ejercicio físico-mental y sea una alternativa de solución al problema detectado y que estimule las funciones cognitivas en adultos mayores con Alzheimer

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Basándonos en diferentes estudios realizados por científicos, sirven como referencia para la presente investigación, ya que contiene un estudio analítico referente a la influencia del estilo de vida como tratamiento no farmacológico en la demencia senil de tipo Alzheimer

DEBORAH BARNES,T.J y KRISTINE YAFFE, M.L (2011)

Centro Médico del Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE. UU. San Francisco

El estilo de vida influye de manera directa en la enfermedad de Alzheimer.

Tras analizar los resultados de los estudios realizados en todo el mundo con la participación de cientos de miles de personas, Deborah Barnes y Kristine Yaffe dedujeron que los factores modificables más comunes del riesgo de la enfermedad de Alzheimer, en orden descendiente, son la baja educación, la falta de actividad física y social, la depresión. Por lo que el estilo de vida influye de manera directa modificando la gravedad de esta enfermedad,

Llegando a la conclusión de que el estilo de vida ejerce influencia en la terapia para la enfermedad de Alzheimer y que ha sido aplicado en un gran número de pacientes buscando siempre el beneficio de quien lo padece obteniendo buenos resultados

URI ASHERI,J.A.; BOAZ BARAK, A.S., NOAM SHOMRON, M.R. y DANIEL MICHAELSON, F.B. (2013)

Universidad de Tel Aviv. Israel

Mecanismos biológicos que retrasan la aparición y terapia de la enfermedad de Alzheimer

Se ha encontrado los mecanismos biológicos que retrasan la aparición y terapia de la enfermedad de Alzheimer a través del ejercicio físico y mental. La investigación se ha publicado recientemente en la revista «Translational Psychiatry», parte de la revista «Nature».

El Alzheimer afecta sobre todo a pacientes de más de 65 años, pero mucho antes de que aparezcan sus efectos fisiológicos, como la pérdida de capacidades cognitivas, la enfermedad comienza a deteriorar las conexiones neuronales y a reducir la proteína que ayuda a conectar los nervios con las células del cerebro.

Numerosos estudios determinan que la actividad física y cognitiva ayuda a retrasar la aparición de la enfermedad, además de brindar un tratamiento no farmacológico.

Las proteínas que conectan los nervios con las células cerebrales aumentan cuando se lleva a cabo un estilo de vida que llamamos enriquecido, o sea, con bastante ejercicio físico y mental.

La investigación se llevó a cabo con dos modelos de ratones, uno sano al que sometieron a diferentes estímulos mentales y físicos y otro inoculado con genes de la enfermedad. Después de un periodo de tiempo, los investigadores descubrieron que las cadenas de microlina, la molécula que regula la producción de la proteína, eran inferiores en los ratones con un estilo de vida más activo.

Este decrecimiento en la producción de moléculas microlina llevó a una mayor producción de la proteína, lo que crea un retraso en la aparición de la enfermedad, ya que la conexión entre el nervio y las células del cerebro es mucho más fluida.

Otra de nuestras teorías tras este estudio es que la actividad en general, tanto física como mental ayuda también a las conexiones de las neuronas en el cerebro, algo que al ocurrir durante la fase más temprana de la enfermedad, también contribuye a que tarde más en aparecer

Se concluye que mecanismos biológicos contribuyen a desacelerar la aparición y terapia de Alzheimer ya que al realizar una actividad física y mental hace que en el cerebro se produzca una buena conexión de las neuronas incidiendo positivamente en la vida de los adultos mayores que padecen esta enfermedad

ALFRED KINSEY,J.C., y LARRY GOLDSTEIN, S.N. (2013)

Universidad de California en Los Ángeles, California. (Estados Unidos).

Método terapéutico contra el Alzheimer mejorando el estilo de vida.

Investigadores publican un nuevo método terapéutico contra el Alzheimer puede afirmarse que las terapias de rehabilitación cognitiva mejoran la calidad de vida y retrasan el deterioro cognitivo de los pacientes de Alzheimer.

Un estilo de vida activo ayuda a conservar la materia gris en el cerebro de los adultos mayores y podría reducir la carga de la demencia y la enfermedad de Alzheimer, según el estudio presentado en la reunión anual de la Sociedad Radiológica de Norteamérica.

Los científicos examinaron cómo un estilo de vida activo puede influir en la estructura del cerebro de los 876 adultos analizados en la investigación, con un promedio de edad de 78 años, cuya cognición osciló entre normal y demencia por Alzheimer. Así, obtuvieron datos clínicos de 20 años, incluyendo el índice de masa corporal y los hábitos de estilo de vida.

Los factores de estilo de vida examinados incluyeron deportes recreativos y trabajar en el jardín, andar en bicicleta, bailar.

Los investigadores utilizaron imágenes de resonancia magnética y una técnica llamada morfometría basada en voxel para modelar las relaciones entre la producción de energía y el volumen de la materia gris. Tras un control por edad, tamaño de la cabeza, deterioro cognitivo, sexo, índice de masa corporal, educación, ubicación del sitio de estudio y enfermedad de la sustancia blanca,

encontraron una fuerte asociación entre la producción de energía y el volumen de materia gris en áreas del cerebro cruciales para la función cognitiva.

El aumento del gasto calórico se relacionó con un mayor volumen de materia gris en los lóbulos frontal, temporal y parietal, incluyendo el hipocampo, la corteza cingulada posterior y los ganglios basales y hubo una fuerte asociación entre la alta producción de energía y un mayor volumen de materia gris en pacientes con deterioro cognitivo leve y Alzheimer.

El volumen de la materia gris es un indicador clave de la salud del cerebro. Un volumen creciente de materia gris significa un cerebro sano, mientras que en la enfermedad de Alzheimer se observa un volumen menguante", explicó Raji, ya que la materia gris incluye las neuronas que funcionan en la cognición y los procesos cognitivos superiores orden.

Cuya conclusión ha determinado que un estilo de vida enriquecido ayuda al retardo en la enfermedad de Alzheimer y a su vez sirve como tratamiento no farmacológico para tratar esta enfermedad, por lo que se debe realizar unan actividad física, una vida dinámica de socialización con la naturaleza y con su entorno familiar y social.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La fundamentación filosófica se define atreves del paradigma crítico propositivo al ser la enfermedad de Alzheimer uno de los males más temidos, se trata de un trastorno degenerativo cerebral crónico irreversible que afecta las funciones cognitivas y la conducta. Sin embargo, el avance de esta enfermedad puede ser retrasado, mejorando el estilo de vida de los pacientes y sus familias. A la vez existen diversas estrategias para que los seres queridos puedan manejar ciertas situaciones, como los trastornos de comportamiento que a veces llegan a ser diarios y evitar el síndrome del estrés del cuidador.

Los adultos mayores son una realidad importante porque en su voluntad se engloban todas las sabidurías. Son grandes porque han prolongado su existencia y

contemplan con agrado las huellas marcadas en sus caminos. Existe grandeza en los adultos mayores porque han tenido carácter y fuerza de voluntad para la conquista de las cosas importantes y las no tan importantes, en un momento cuando la vida y el corazón son alimentados por la experiencia. Para los adultos mayores, su vida fue su más importante proyecto y, para conseguir sus metas, no sólo debe acompañarles un cielo despejado, sino su propia fuerza y la mano del Estado para enfrentar los tramos finales de aquellos interminables caminos.

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Según la Constitución Política de la República del Ecuador

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.

3. La jubilación universal.

4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.

5. Exenciones en el régimen tributario.

6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.

7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

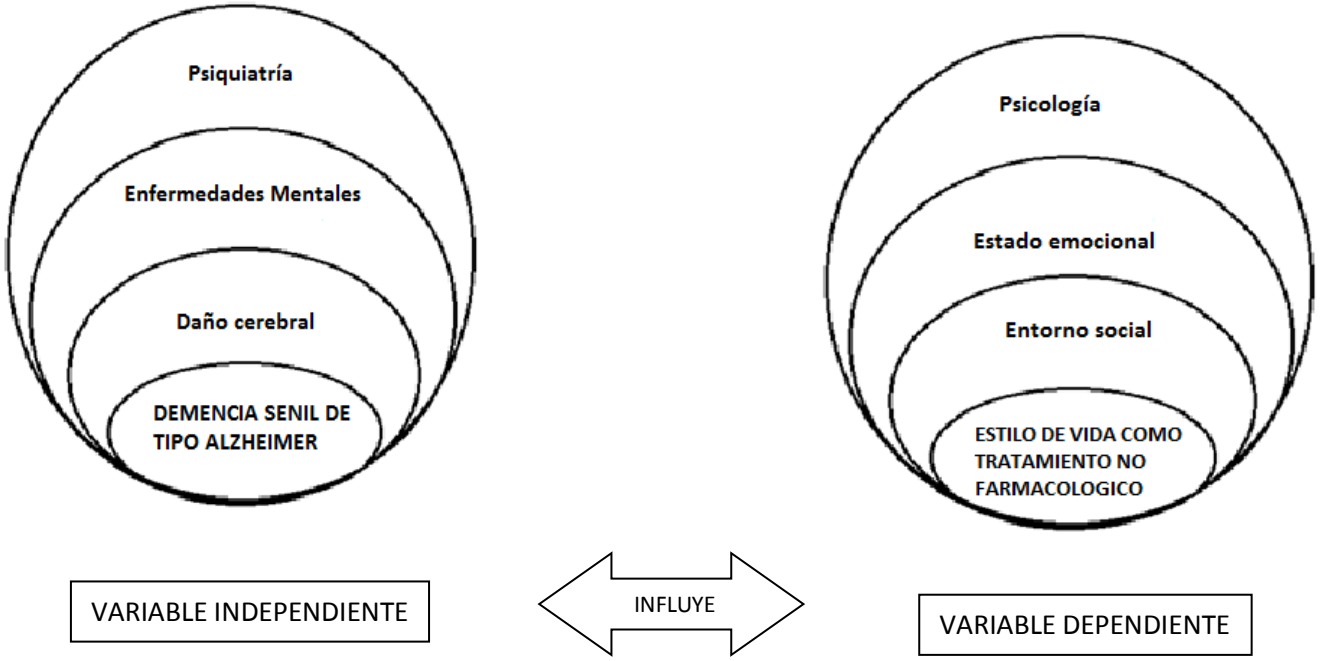


Gráfico 1. Categorías fundamentales

Elaborado por: Andrea Salvador

2.4.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

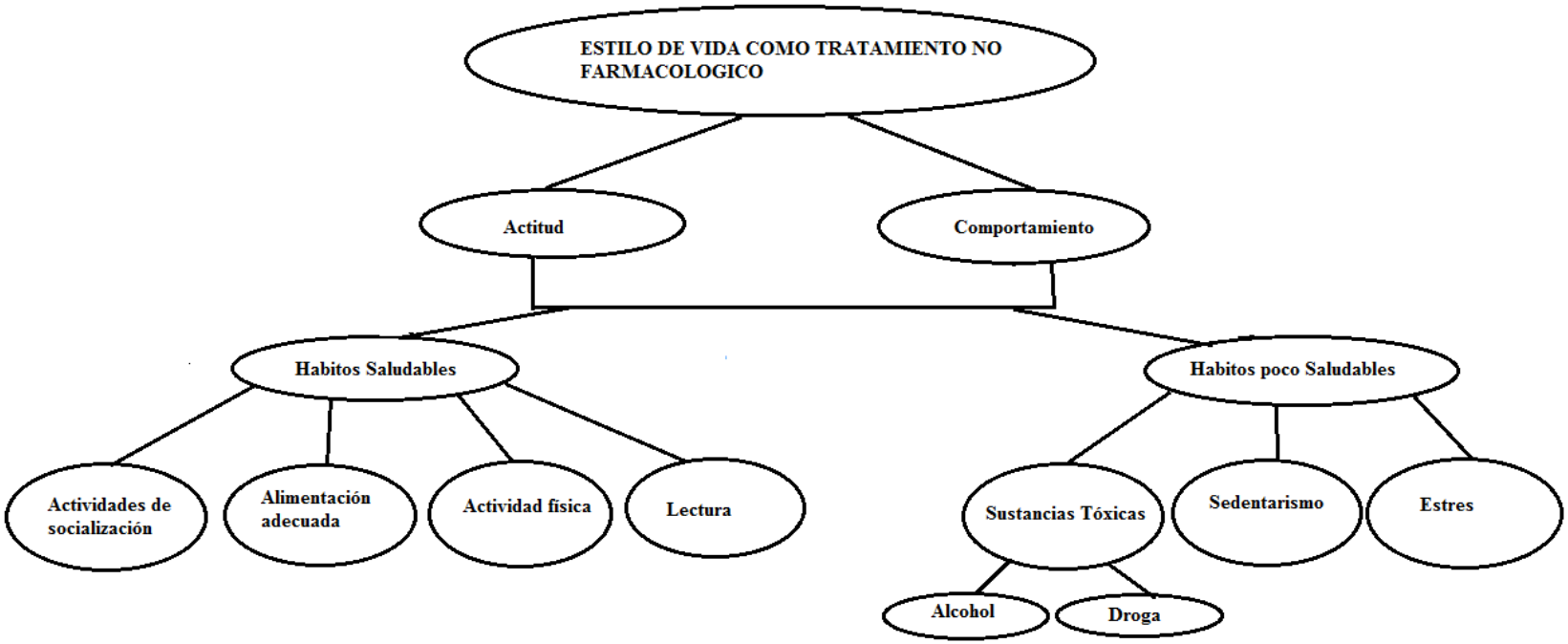


Gráfico 2. Desarrollo de la Variable independiente

Elaborado por: Andrea Salvador

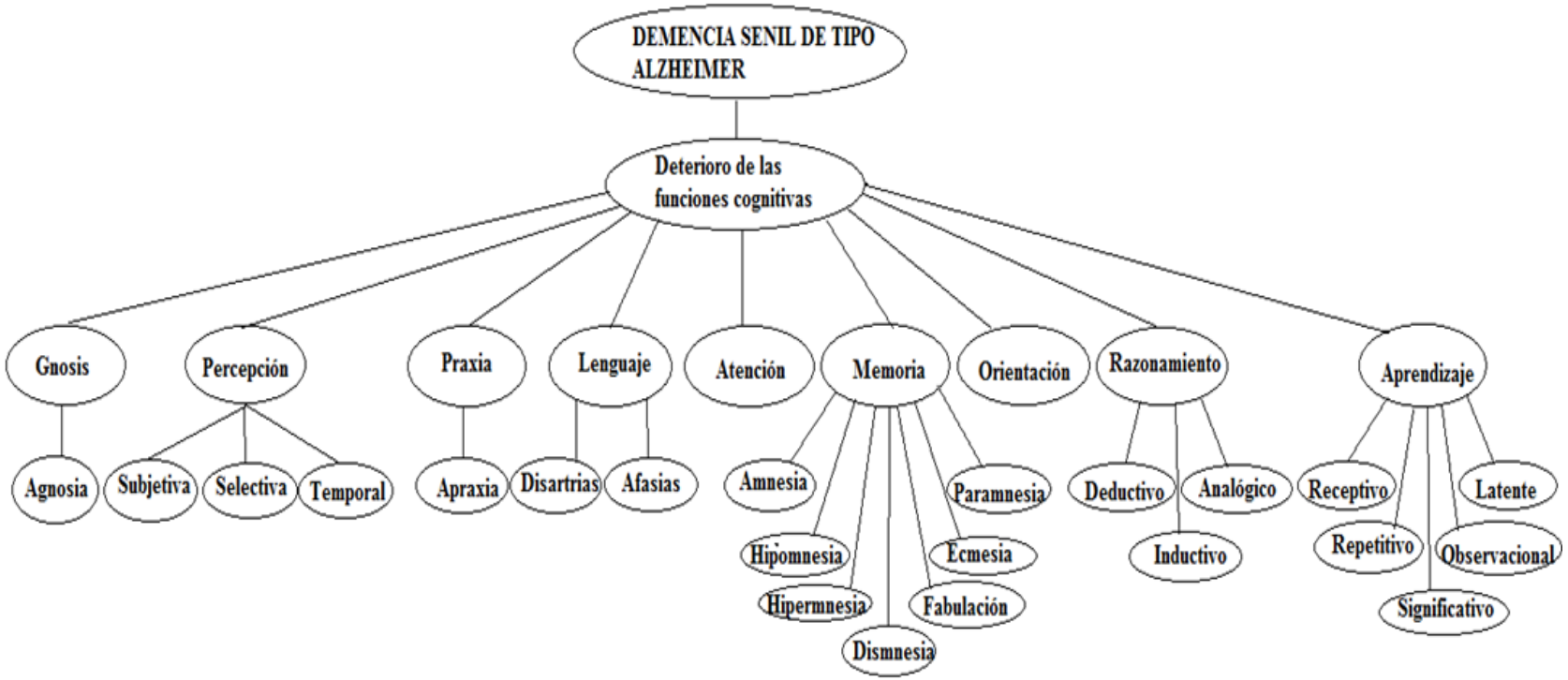


Gráfico 3. Desarrollo de la Variable dependiente

Elaborado por: Andrea Salvador

PSICOLOGÍA

La psicología es el estudio del alma. Es considerada como "La ciencia que estudia los procesos psíquicos de la personalidad, a partir de su manifestación externa, es decir de la conducta". El análisis de dicha conducta es el punto de partida para el estudio de fenómenos y procesos (de naturaleza subjetiva) propios de la actividad psíquica.

La psicología de hoy recoge hechos sobre la conducta y la experiencia, los organiza sistemáticamente y elabora teorías explican mejor el comportamiento de los seres humanos y a veces hasta a predecir sus acciones futuras.

El progreso de la psicología depende del descubrimiento de nuevas explicaciones sobre el comportamiento humano y animal (Frank, Viktor E., 2012)

Es la disciplina que trabaja, en la teoría y también en la aplicación práctica, con los aspectos biológicos, sociales y culturales del comportamiento humano, a nivel tanto individual como social. Parte de la filosofía que trata del estudio del alma; Todo lo que tiene que ver con el espíritu; manera de sentir de una persona o de un grupo de personas; ciencia que se ocupa del estudio de los procesos mentales; prudencia y tacto en la manera de tratar a una persona. (Sánchez A., 2010)

ESTADO EMOCIONAL

Los estados emocionales son el motor del ser humano, forman parte de la existencia, y sin ninguna duda, condicionan las acciones, las que se ve como posibles y las que no, y también las decisiones que se toman.

Los estados emocionales son ciertas emociones de procesos neuroquímicos y cognitivos relacionados con la arquitectura de la mente, toma de decisiones, memoria, atención, percepción, imaginación, que han sido perfeccionadas por el proceso de selección natural como respuesta a las necesidades de supervivencia y reproducción.(Sloman V., 2010)

ENTORNO SOCIAL

El entorno social es donde un ser humano vive con determinadas condiciones de vida, condiciones de trabajo, nivel de ingresos, nivel educativo, esto determinado o relacionado a los grupos a los que pertenece. El entorno social de un individuo, también es llamado contexto social o ambiente social, es la cultura en la que el individuo fue educado y vive, y abarca a las personas e instituciones con las que el individuo interactúa en forma regular.

La interacción puede ser de persona a persona o a través de los medios de comunicación, incluso de forma anónima, y no puede implicar la igualdad de estatus social. Por lo tanto, el entorno social es un concepto más amplio que el de la clase social o círculo social. Sin embargo, las personas con el mismo ambiente social, a menudo, no sólo desarrollan un sentido de solidaridad, sino que también tienden a confiar y ayudarse unos a otros, y se congregan en grupos sociales.

El entorno social de un sujeto está formado por sus condiciones de vida y de trabajo, los estudios que ha cursado, su nivel de ingresos y la comunidad de la que forma parte. Cada uno de estos factores influye en la salud del individuo: por eso, a nivel global, las diferencias entre los entornos sociales de los distintos países crean disparidades en materia de salud.

De esta forma, la esperanza de vida y los índices de enfermedad varían de acuerdo a la educación que ha recibido la persona, el tipo de trabajo que realiza y los ingresos que percibe mes a mes.

Tipos de Entorno

- Entorno físico

El entorno físico se refiere a los recursos naturales que rodean a la empresa, tales como: el régimen de lluvias, las plagas, la especial capacidad de la tierra para un determinado producto, la topografía, el potencial de pesca, el potencial hidroeléctrico.

Tales recursos se aprovecharán acorde a las actividades de la empresa.

- Entorno económico

Condiciones y tendencias generales de la economía que pueden ser factores relevantes en las actividades de la organización.

Como parte del entorno económico podemos encontrar los siguientes: Capital, trabajo, niveles de precios, políticas fiscales y tributarias, clientes.

- Entorno tecnológico.

Uno de los factores de mayor efecto sobre el ambiente es la tecnología. La ciencia proporciona el conocimiento y la tecnología lo usa.

Tecnología se refiere a la suma total del conocimiento que se tiene de las formas de hacer las cosas. Sin embargo su principal influencia es sobre la forma de hacer las cosas, cómo se diseñan, producen, distribuyen y venden los bienes y los servicios.

La repercusión de la tecnología se manifiesta en nuevos productos, nuevas máquinas, nuevas herramientas, nuevos materiales y nuevos servicios. Algunos beneficios de la tecnología son: mayor productividad, estándares más altos de vida, más tiempo de descanso y una mayor variedad de productos.

- Entorno socio-cultural

El ambiente social se compone de actitudes, formas de ser, expectativas, grados de inteligencia y educación, creencias y costumbres de las personas de un grupo o sociedad determinados.

El concepto de la responsabilidad social requiere que las organizaciones consideren las repercusiones de sus acciones sobre la sociedad.

El entrelazamiento de estos elementos ambientales dificulta en extremo su estudio y comprensión. Pronosticarlos para que el administrador pueda anticiparse y

prepares para los cambios resulta incluso más complejo. Los deseos, expectativas y presiones sociales dan lugar a leyes y estándares de ética.

- Entorno ético

La ética en los negocios se relaciona con la verdad y la justicia y tiene diversos aspectos, tales como las expectativas de la sociedad, la competencia justa, la publicidad, las relaciones públicas, las responsabilidades sociales, la autonomía del consumidor y la conducta corporativa en el país de origen así como en el extranjero.

Ética se puede definir como: la disciplina que se relaciona con lo bueno y lo malo y con el deber y la obligación moral. (Heinz Weihrich k., 2005)

ESTILO DE VIDA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El estilo de vida.

El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. (Aelano R. ,2012)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el estilo de vida como "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales".(OMS, 2012)

El estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica**.**

Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc.

Un estilo de vida poco saludable es causa de numerosas enfermedades como la obesidad o el estrés. Comprende hábitos como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, las prisas, la exposición a contaminantes, etc.

Componentes y determinantes del estilo de vida relacionado con la salud

De forma sinónima vienen a utilizarse los conceptos "hábitos de vida", "estilo de vida" y "estilo de vida relacionado con la salud" refiriéndose, esta última acepción, a aquella conductas habituales que se ha demostrado ejercen una influencia en la salud de los individuo (como el tabaquismo, la cantidad de actividad física habitual, alimentación, etc.) y sobre las que nos detendremos más detalladamente a continuación

El estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por:

Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes. Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, hábito. Asociación y combinación entre conductas de forma consistente. (Aelano R., 2012)

Definición de hábitos de vida: los hábitos de vida son el conjunto de conductas adaptativas que conforman el estilo de vida y que dependen y están determinadas por la relación entre las características biopsicosociales y el contexto ecológico.

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas. La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos socio demográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno.

Durante el desarrollo humano se establecen múltiples transacciones entre ambos contextos y se establecen patrones adaptativos de conducta, anteriormente denominados hábitos de vida que conforman en conjunto el estilo de vida relacionado con la salud, determinados por cada uno de estos factores.

A continuación se detalla la relación entre diferentes aspectos individuales y la salud de los individuos:

1. Genética y biología

Como especie, nuestro genoma se ha adaptado al ambiente y circunstancias en las que hemos evolucionado, de forma que una alteración de las mismas, como es el ambiente que disfrutamos hoy en los países desarrollados, supone un desfase de nuestra herencia respecto al ambiente. Es razonable pensar que este desfase ha propiciado la aparición de problemas de salud, siendo el principal de ellos la obesidad. Desde hace pocos años, se viene desarrollando un área de conocimientos conocido como medicina evolucionista o medicina darwinista, desde el que se pretende estudiar la salud bajo una perspectiva evolutiva. Si bien no hay marcadores genéticos muy buenos para incorporar el estudio de la predisposición genética a la obesidad u otras patologías en trabajos epidemiológicos, parecen existir algunas evidencias de cierta relación entre nuestra adaptación como especie y el riesgo de padecer enfermedades ligadas a un estilo de vida incoherente con nuestro organismo. El sexo y otras características biológicas pueden ser también determinantes de la salud: cierto tipo de tumores son más frecuentes en un sexo que en otro y la enfermedad cardiovascular es más frecuente en hombres jóvenes que en mujeres de su misma edad, así como la incidencia de otras patologías es distinta en función del sexo. Las mujeres, además, viven más años pero con menor calidad de vida y presentan mayor grado de dependencia en edades avanzadas, además de utilizar en mayor medida los servicios sanitarios en nuestro país debido a que padecen con más frecuencia enfermedades crónicas. (Aelano R.,2012)

2. Conductas habituales

Ligadas en muchas ocasiones a los factores genéticos y biológicos anteriores, las conductas habituales pueden condicionar la salud de los sujetos. Una alimentación adecuada a las propias necesidades energéticas y la adopción de una dieta equilibrada y variada se considera como un elemento fundamental para preservar la salud de los individuos. Así, encontramos que la alimentación es un factor que influye no sólo en el desarrollo de la obesidad y patologías asociadas como hipertensión, hipercolesterolemia e hiperuricemia, diabetes tipo II y enfermedad cardiovascular, sino también en la predisposición a desarrollar tumores. Otras conductas como el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas o el uso de estupefacientes tienen como resultado la aparición de problemas muy diversos de salud.

La práctica de actividad física habitual es, junto a la alimentación, una de las conductas con mayor relevancia para el mantenimiento de la salud, independientemente de otros factores como el sexo o la edad como describiremos más adelante.

En cuanto a las variables de contexto que más frecuentemente se abordan en los estudios relacionados con el estilo de vida, encontramos las siguientes:

1. El entorno afectivo próximo

Las relaciones sociales vienen a determinar, en gran medida, la adopción de gran parte de nuestras conductas habituales, es muy frecuente que ciertos hábitos de vida nocivos para la salud se desarrollen en grupo, tal y como el consumo de alcohol y de tabaco. De la misma forma, la alimentación es un factor determinado por el contexto social, económico y familiar, encontrando que existe agregación familiar en la prevalencia de obesidad o en los patrones habituales de actividad física. Ciertos aspectos sociales inciden de forma muy significativa en la salud, de esta forma, el estatus grupal se relaciona directamente con la capacidad de respuesta del sistema inmune y otras variables, tanto en personas como en otros mamíferos. (Cuervo A., 2008)

2. Aspectos sociales y económicos

En lo socioeconómicas, en función del nivel de ingresos, se establece el riesgo de desarrollar ciertas patologías ya que parece que los conceptos pobreza y enfermedad están estrechamente vinculados, no guardando relación este fenómeno con la posibilidad de contar con atención sanitaria básica, ya que muchos de estos trabajos se realizan en países en los que la cobertura sanitaria es universal y gratuita. No es tan determinante el hecho de tener unos ingresos concretos como el hecho de que existan diferencias acentuadas perceptibles en un mismo entorno. Dicho de otro modo, para nuestra salud es más negativo sentirse pobre que ser pobre. Respecto al nivel educativo, se observa que se comporta de forma similar al nivel de ingresos. Ciertas enfermedades son más comunes entre las personas con pocos estudios mientras que otras tienen mayor prevalencia entre aquellos con más formación académica, como la esclerosis múltiple. Ambos factores, el económico y el educativo, no sólo afectan a la morbilidad sino también, consecuentemente, a ciertos factores de riesgo, ya que además de tener peor salud y más problemas crónicos que pueden degenerar en enfermedades graves, como las cardiovasculares. Estos aspectos pueden guardar relación con los resultados similares que obtienen trabajos desarrollados en otros grupos de personas con características especiales, como las minorías étnicas o los inmigrantes, en los que la exclusión social que suelen padecer, que va unida a un peor estatus socioeconómico, redunda en detrimento de su salud.

Un factor que puede guardar relación con la salud son las características del entorno que se habita. Residir en un determinado contexto hace que las características del mismo influyan no sólo en la salud, sino en ciertos aspectos del estilo de vida y las relaciones sociales.

En estudios en animales sociales, las posibilidades que ofrece el entorno de residencia hacen que ciertas poblaciones muestren conductas y formas de relación muy distintas entre sí que influyen directamente en su salud y bienestar. En los entornos más hostiles para la supervivencia, con carencias materiales o estructurales básicas, se observan mayor número de conductas menos saludables y

menor cooperación, lo que hace que existan más presiones y estrés, mientras que en otros lugares más acogedores las relaciones son significativamente más saludables, pacíficas y distendidas. Salvando las distancias, en los seres humanos, los contextos de residencia pueden llegar a condicionar nuestro estilo de vida y relaciones sociales, los núcleos rurales parecen ser lugares en los que acceder a ciertos servicios básicos como la sanidad u otras prestaciones puede ser más difícil debido a la dispersión geográfica y en ellos es más frecuente que las personas tengan más problemas de salud o un peor estilo de vida, que sean físicamente inactivas, aunque esto puede deberse, fundamentalmente, a aspectos económicos, así como relacionarse con las condiciones laborales o la percepción de falta de oportunidades, tanto o más que a las condiciones de carestía real que podrían darse en algunas zonas rurales. De nuevo, parece que es tan importante o más la propia percepción de privación material que la carestía en sí misma, es decir, es más perjudicial carecer de algo cuando las personas son conscientes de que carecen de ello. De cualquier forma, parece que en el ámbito rural tradicional existen redes sociales y familiares más densas, lo que puede ser un elemento muy positivo para la salud de las personas, e incluso pueden suponer un lugar muy adecuado para el desarrollo infantil, debido a esas mismas y otras características.

3. Determinantes medioambientales

Las condiciones del entorno pueden determinar la salud de las personas; de hecho, el deterioro de ciertas condiciones ambientales aumenta la prevalencia de problemas de salud. Las características del entorno físico de residencia son además objeto especial de estudio debido a la importancia del mismo en los hábitos de vida y la salud de las personas; de esta forma, existen diferentes trabajos que demuestran que es posible realizar una planificación urbana saludable que propicie un estilo de vida más activo, como definiremos más adelante.

Tratamiento no farmacológico

El concepto de terapias no farmacológicas (TNF) se viene utilizando desde hace varias décadas para referirse a intervenciones que, a través de agentes primarios

no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas.

Los TNF están basados en métodos científicos, es decir, ofrecer intervenciones con resultados positivos predecibles. Los tratamientos no farmacológicos, por tanto, enriquecen y aporten racionalidad a los cuidados de la persona o paciente individual.

ACTITUD

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.(Will T., ZnanieckiF., 2014)

COMPORTAMIENTO

El comportamiento es la forma de proceder que tienen las personas u organismos ante los diferentes estímulos que reciben y en relación al entorno en el cual se desenvuelven.

Con tal solo observar a diferentes personas confirmamos que existen diferentes tipos de comportamientos ante por ejemplo una misma situación, porque en el comportamiento de alguien ante un determinado estímulo incidirá la experiencia, pero también podrán hacerlo las diversas convenciones sociales existentes, que de alguna manera, nos anticipan como la sociedad espera que actuemos frente a determinadas situaciones.

Entonces, existen diferentes maneras de comportarse las cuales estarán condicionadas por las circunstancias en cuestión…

El comportamiento consciente es aquel que se lleva a cabo luego de un proceso de razonamiento, por ejemplo, saludamos al profesor de matemáticas cuando lo encontramos por la calle.

Por su lado, el comportamiento inconsciente, a diferencia del anterior, se produce de modo automático, es decir, el individuo no se detiene a pensar o reflexionar acerca de la conducta que desarrollará, directamente le sale, por ejemplo, nos tomamos el dedo cuando lo golpeamos con la pata de la cama.

En tanto, el comportamiento privado será aquel que se desarrolla justamente en el ámbito personal, en la intimidad de casa o en soledad; y entonces, el comportamiento público, implica lo absolutamente contrario, porque lo desarrollamos frente a otros seres humanos o en espacios públicos donde convivimos con el resto de la sociedad o comunidad.

HÁBITOS SALUDABLES

Los hábitos saludables son aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, la práctica de la actividad física correctamente planificada, la lectura, las actividades de sociabilización.

ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN

Las actividades de socialización son una serie de actividades que el ser humano puede desarrollarlo donde existe un proceso interaccional donde el comportamiento de un sujeto va a ir adaptándose para responder mejor a las expectativas de los miembros del grupos al que pertenece. (Tedesco, 2005)

ALIMENTACION ADECUADA

La alimentación, se puede decir que este es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se

transforman en energía y proveen al organismo vivo que sea de aquellos elementos que requiere para vivir. La alimentación es, por tanto, una de las actividades y procesos más esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia.

Se considera que una buena alimentación para el ser humano es aquella que combina de manera apropiada todos los diferentes alimentos que se encuentran en la naturaleza. La pirámide nutricional es en este sentido un buen método para establecer qué tipos de alimentos deben ocupar un mayor lugar en la alimentación de cada individuo y cuáles un lugar menor. La alimentación humana está en muchos casos ligada a la emocionalidad y por eso pueden desarrollarse fácilmente problemas de salud relacionados con este tema, por ejemplo desórdenes alimentarios, obesidad, diabetes, malnutrición y otros problemas que no son solamente consecuencia de factores biológicos. En ciertas enfermedades se ha demostrado como en el Alzheimer un déficit de los ácidos grasos omega-3 y ciertas vitaminas antioxidantes como la C y E que evita la oxidación de las membranas y retarda el avance de la enfermedad.

Uno de los factores básicos para mantener el cerebro funcionando a su máxima capacidad es la alimentación. Al proveer al cerebro los elementos nutritivos que necesita, puede formar neurotransmisores y permitir nuevas conexiones entre las neuronas

ACTIVIDAD FISICA

La actividad física, comprende un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultados un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento Recomendaciones Mundiales sobre la Actividad Física para la Salud (2010), sostiene que la Actividad Física se considera la acción más importante que puede realizar el ser humano para mejorar la salud y minimizar los factores de riesgo que determinan las enfermedades. (OMS, 2010)

La actividad física contribuye a mejorar la calidad de la vida a través de los beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales En las conclusiones de la reunión de Junio de 2013 de la Comisión Europea se concluyó que la actividad física es uno de los factores que influyen de manera más efectiva en la salud física y mental.

Normalmente, la actividad física es una capacidad que poseen todos los seres vivos que se mueven: animales y ser humano. Sin embargo, en el caso del ser humano, la actividad física puede ser pensada y propiamente organizada a fin de obtener resultados específicos. La actividad física en el ser humano se ha popularizado en las últimas décadas como una manera directa hacia el bienestar no sólo físico si no también psíquico y emocional ya que se considera que el ejercicio des estresa, permite eliminar toxinas y despierta componentes químicos que tienen que ver con la satisfacción personal. (Delgado A., Ramirez G., Zaa I., 2010)

La actividad física, se puede clasificar ésta en dos grandes grupos:

a) La actividad física de baja intensidad (pasear, andar, actividades cotidianas del tipo de faenas domésticas, comprar, actividades laborales, actividades al aire libre, etc.) se caracteriza por ser poco vigorosa y mantenida. Por ello, tiene algunos efectos sobre el sistema neuromuscular (incrementos en la fuerza muscular, flexibilidad y movilidad articular) pero muy pocos efectos cardo respiratorios. El valor de la misma en los programas será, pues, el de preparación, tanto física como psicológica, para programas de ejercicio más intenso en ancianos muy debilitados o sedentarios.

b) La actividad física de alta intensidad que, a su vez, puede ser subdividida, teniendo en cuenta las formas en que el músculo transforma y obtiene la energía necesaria para su realización, la duración del ejercicio y la velocidad en la recuperación, en dos tipos: anaeróbica y aeróbica.

Existen diferentes tipos de actividad física y depende de las capacidades de las personas para poder realizarlas como son las actividades físicas de tipo aeróbico y las anaeróbicos

La actividad física de tipo anaeróbico es aquella en la que la energía se extrae de forma anaeróbica, enzimática, sin oxígeno. Son ejercicios que exigen que el organismo responda al máximo de su capacidad (la máxima fuerza y velocidad posibles) hasta extenuarse. Los más populares son correr al sprint (60 m, 100 m, etc.), levantar pesas pesadas, tensar dinamómetro, etc. La duración es breve (segundos). Sus efectos principales tienen lugar sobre la fuerza y tamaño muscular. Sus consecuencias inmediatas son una alta producción de ácido láctico como consecuencia del metabolismo anaeróbico y, por ello, la rápida aparición de cansancio, aunque con recuperación rápida (minutos). El ejercicio de tipo anaeróbico no es recomendable para los programas con personas de edad avanzada.

La actividad física de tipo aeróbico es aquella en la que la energía se obtiene por vía aeróbica, por oxidación o combustión, utilizando el oxígeno. Son ejercicios que movilizan, rítmicamente y por tiempo mantenido, los grandes grupos musculares. Los más populares son la marcha rápida, correr, montar en bicicleta, nadar, bailar, etc. Sus efectos principales son de fortalecimiento físico (especialmente por mejoras en los sistemas cardiovascular, respiratorio, neuromuscular y metabólico) y el aumento de la capacidad aeróbica (cantidad máxima de oxígeno que un sujeto puede absorber, transportar y utilizar). La duración es larga (minutos u horas), la fatiga demorada y la recuperación lenta (horas o días).

La actividad física aeróbica es la más saludable y, por ello, el tipo de ejercicio físico más utilizado en Medicina y Psicología de la Salud, y sobre el que nos orientamos, pertenece a esta modalidad.

La actividad física, debe ser tomada como una práctica regular y sistemática en la vida de todas las personas, sin distingo de edad, sexo, condición social u ocupación, por el sinfín de beneficios para la salud orgánica, emocional y psíquica

de las personas, ya que ofrece herramientas que le permiten al individuo afrontar la vida con una aptitud diferente, con mejor salud, fortaleciendo la diligencia y la perseverancia, con sentido de honradez, responsabilidad y del cumplimiento de las normas; en fin, permite que las personas como entes individuales tengan la vitalidad, vigor, fuerza y energía fundamentales para cumplir con su deber en el grupo social al que pertenecen.

Un estudio, presentado en París durante la conferencia internacional de 2011 de la Asociación de Alzheimer, efectuado por un equipo de investigadores americanos de la Facultad de Medicina de la Universidad Harvard, puso en evidencia una relación entre la actividad física y la pérdida de la capacidad mental en 2 800 mujeres de más de 65 años de edad. Durante un seguimiento de 5 años, ha sido comprobado que las mujeres que efectuaban 30 minutos de caminata cada día conseguían pruebas cognitivas más perfectas que las que eran inactivas. Además se puso en evidencia una reducción de la agitación y de la agresividad de los pacientes con Alzheimer que realizan una actividad física diaria como caminar. Por lo que se ha demostrado que pacientes con enfermedad de Alzheimer podrían preservar su función cerebral durante más tiempo si practican ejercicio físico. La atrofia cerebral podría relentizarse al preservar el volumen cerebral y es ahí donde la actividad física ejerce un influjo determinante en la preservación del volumen cerebral (hipocampo). El ejercicio físico activa amplias zonas cerebrales. (Dermis T., Orler R., 2012)

El ejercicio podría tener efectos significativos en el flujo cerebral, en la disponibilidad de neurotransmisores, en el estímulo de factores neurotróficos, en la estructura del cerebro, y en la eficiencia neuronal. Estudios recientes han reportado que las personas podrían crear nuevas células cerebrales cuando hacen ejercicio, lo que estaría mediado por los efectos del factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-I) en las células cerebrales. El cerebro es un "músculo" más, que crece con su uso y que se atrofia cuando no se utiliza, por lo cual es de vital importancia mantener una vida sana e intelectualmente activa. El ejercicio físico estimula las conexiones entre neuronas y propicia su desarrollo, retrasando la atrofia de la sustancia gris y blanca del cerebro que se produce con la edad. Por

ello, un estilo de vida activo en el que se incluya el ejercicio físico mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales. (Schapira R., 2013)

LECTURA

La lectura se entiende al proceso de aprehensión de determinadas clases de información contenidas en un soporte particular que son transmitidas por medio de ciertos códigos, como lo puede ser el lenguaje. Es decir, un proceso mediante el cual se traduce determinados símbolos para su entendimiento. Se puede optar por códigos de tipo visual, auditivo e incluso táctil, como ocurre con el Braille, un método que utilizan los no videntes. Cabe destacar que existen alternativas de lectura que no necesariamente se respaldan en el lenguaje, como sucede por ejemplo con los pictogramas.

La mecánica de la lectura implica la puesta en marcha de varios procesos. La fisiología, por ejemplo, ofrece la posibilidad de analizar y entender la capacidad de lectura del ser humano desde una perspectiva biológica (estudiando el ojo y la habilidad para fijar la visión).

La psicología, por su parte, contribuye a conocer el proceso que se pone en funcionamiento en la mente cuando alguien lee, tanto para interpretar símbolos, caracteres e imágenes como en la asociación de la palabra con lo que ese término representa.

La lectura consta, básicamente, de cuatro pasos: la visualización (un proceso discontinuo, ya que la mirada no se desliza de manera continua sobre las palabras), la fonación (la articulación oral, consciente o inconsciente, a través de la cual la información pasa de la vista al habla), la audición (la información pasa al oído) y la cerebración (la información llega al cerebro y culmina el proceso de lectura.

Existen diversas técnicas a la hora de iniciar una lectura, que permiten adaptar la forma de leer al objetivo que desea alcanzar el lector. Generalmente, se busca maximizar la velocidad o la comprensión del texto. Como estos objetivos son

contrarios y se enfrentan entre sí, la lectura ideal implica un equilibrio entre los dos.

La lectura ofrece muchas ventajas para quienes la toman como un hábito imprescindible en sus vidas. Entre algunas de las riquezas que produce se encuentra, un enriquecimiento del universo interno y de la comprensión de otras realidades, adquisición de conocimientos que podrían servirnos, mejoramiento de nuestra capacidad comunicativa (sobre todo si se realiza una lectura oral) y colaborar con el desarrollo de la capacidad de análisis, resolución de problemas y asociaciones. Además, no debemos olvidar que es una fuente de entretenimiento apto para todas las edades, sexos y condición social. El secreto para apasionarse con la lectura reside en saber encontrar aquello que se adapta a nuestros deseos, intereses y necesidades. (Rodríguez E., 2013)

La lectura es un proceso mental, de percepción, comprensión, y reacción. ¨Es un proceso por el cual, nuestros ojos van recorriendo un escrito, y nuestro cerebro va interpretando, organizando, y comprendiendo."

Al leer se van desarrollando capacidades de pensamiento crítico y analítico, reflexivo, y creativo, ejercitando así la memoria, imaginación, capacidad de abstracción y la inteligencia.

Relacionemos ahora, la actividad de la lectura, con una de las enfermedades, más amenazantes de nuestro siglo, el Alzheimer, que es el deterioro progresivo de la función cognitiva del ser humano.

Las personas que mantienen el cerebro activo durante toda la vida con actividades cognitivamente estimulantes, como la lectura, la escritura y juegos, tienen menos niveles de una proteína vinculada con el mal de Alzhéimer.

Los escáneres cerebrales revelan que aquellos que han realizado este tipo de actividad tienen niveles reducidos de la proteína beta-amiloide, que forman las placas seniles en el cerebro de los pacientes de Alzhéimer.

HABITOS POCO SALUDABLES

Los hábitos no saludables son aquellos comportamientos que un individuo los vive continuamente y que no dan ningún beneficio a la salud, con lo que incrementan la posibilidad de padecer lesiones o enfermedades.

SUSTANCIAS TOXICAS

Son toxicas las sustancias y preparados que por inhalación, ingestión, penetración cutánea, en pequeñas cantidades, provocan la muerte o efectos agudos o crónicos para la salud.

ALCOHOL

El Alcohol Etílico es la sustancia psicoactiva de mayor consumo en el mundo, esta sustancia es un depresor del sistema nervioso central produciendo efectos nocivos en la salud de quien lo consume.

El alcohol destruye la vaina de mielina que aísla las fibras nerviosas y el cerebro queda expuesto a sustancias tóxicas.

DROGA

Es toda sustancia que introducida en un ser vivo, por cualquier vía (esnifada, oral o tragada, fumada, inyectada o inhalada), es capaz de modificar una o más funciones del organismo relacionadas con su conducta, comportamiento, juicio, percepción o estado de ánimo.

Las drogas son depresoras del Sistema Nervioso Central que actúa sobre el cerebro entorpeciendo y adormeciendo, ralentizando el propio funcionamiento y el proceso cognitivo de la persona

Las drogas también destruyen neuronas y afectan las funciones cerebrales producen radicales libres, sustancias tóxicas que oxidan las membranas celulares de las neuronas, ocasionando deterioro mental

SEDENTARISMO

Sedentario viene de latín sedera, que quiere decir "estar sentado". El sedentarismo es la carencia de ejercicio físico en la vida cotidiana de una persona, lo que por lo general pone al organismo humano en una situación vulnerable ante enfermedades. El sedentarismo físico se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales en donde las personas se dedican más a actividades intelectuales. (Espinoza P., 2010)

El sedentarismo es perjudicial para la salud y el causante de muchas enfermedades. Se ha visto que la falta de actividad física puede producir deterioro de las funciones cognitivas ya el estudio reflejó que las personas con mayor niveles de actividad física tienen un menor riesgo (90%) de adquirir un deterioro cognitivo. Ya que el ejercicio físico estimula las conexiones entre neuronas y propicia su desarrollo.

ESTRÉS

El estrés es un proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo. Esto puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de enfermedad. Nuestra vida y nuestro entorno, en constante cambio, nos exigen continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria. En general tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad entendemos que es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas.

Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud, nuestro desempeño académico o profesional, e incluso nuestras relaciones personales o de pareja se pueden ver afectadas.

Uno de los factores principales en la aparición del Alzheimer es el estrés.

Un poco de estrés durante un período corto de tiempo es sano, ya que nos produce un grado moderado de excitación y nos vuelve creativos. Induce a la liberación de no adrenalina, un neurotransmisor que permite que los recuerdos del pasado reciente puedan ser almacenados en la memoria a largo plazo. También es necesaria para provocar un estado de ánimo positivo. (Rivas R., Marco T., 2008)

Sin embargo, un estado de estrés constante genera una producción exagerada y crónica de cortisol, una hormona que inhibe la utilización del azúcar de la sangre por el principal centro de la memoria, el hipocampo del cerebro. Sin azúcar el hipocampo no tiene energía y no puede grabar recuerdos, por ello falla la memoria inmediata en las personas estresadas. Además el exceso de cortisol reduce la cantidad de neurotransmisores y las neuronas no se pueden comunicar entre sí, perdiendo todas las capacidades cerebrales.

Por lo tanto, lo esencial para mantener la salud cerebral es mantener el estrés en un grado moderado y sano. Así, los factores estresantes se convertirán en desafíos y no en problemas. Al encontrarse con ellos se tenderá a pensar en ideas creativas y a desarrollar nuevas conexiones entre las neuronas.

El estrés crónico en cambio, tiende a provocar estados de incapacidad, depresión y ansiedad, y puede generar la pérdida de placer en actos que normalmente lo producen.

PSIQUIATRÍA

Estudia los trastornos mentales con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y asegurar la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia. (Alvarez T., 2010)

ENFERMEDADES MENTALES

Las enfermedades mentales son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como a normales. Se puede tratar de

alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Trastornos mentales son afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. Son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y a la adaptación social.

DAÑO CEREBRAL

Se entiende como daño cerebral, "un daño al tejido vivo del cerebro", es decir, una afectación directa sobre el cerebro, bien por causas externas o internas, que produce un compromiso de las habilidades funcionales físicas, psicosociales o cognitivas del sujeto. (Donosa A., 2012)

DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER

La demencia se define como el deterioro adquirido en las capacidades cognitivas que entorpece la realización satisfactoria de actividades de la vida diaria.

Demencia es una afección ordinariamente sin fiebre y crónica, caracterizada por un debilitamiento de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad, con incoherencia de ideas, defecto de la espontaneidad intelectual y moral y tales son los signos de esta afección. El hombre que está en la demencia ha perdido la facultad de percibir espontáneamente los objetos, captar sus relaciones, comparar, preservar el recuerdo por completo, de lo que resulta la imposibilidad de razonar con éxito.

En 1906 Alois Alzheimer (alemán) describió una nueva enfermedad que producía pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones y finalmente muerte. La enfermedad fue diagnosticada por primera vez en una mujer de 51 años, llamada Augusta D. Tras su fallecimiento, Alzheimer examinó su cerebro. (Prince MJ., 2009)

El cerebro que fue estudiado por Alzheimer, que encontró un número disminuido de neuronas en el córtex cerebral, junto con cúmulos de proteínas, unos ovillos o filamentos neurofibrilares en el citoplasma de las neuronas.(Prince MJ., 2009)

La Enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que produce un deterioro progresivo de la función cognitiva originando una afectación funcional. Es la forma más frecuente de demencia. El síntoma inicial es la pérdida de memoria en la mayoría de los casos. El paciente suele desarrollar una insidiosa pérdida de memoria durante meses y años, a la que sigue una progresiva desaparición de otras funciones cognitivas y alteraciones de la conducta. A medida que la enfermedad progresa, se ven involucrados otros dominios cognitivos además de la memoria. Ocasionalmente, pueden aparecer alteraciones de la conducta tales como ansiedad, depresión, apatía y alucinaciones.

La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema social muy grave para millones de familias y para los sistemas nacionales de salud de todo el mundo. Es una causa importante de muerte en los países desarrollados, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, lo que hace que esta demencia tenga un impacto tan fuerte en el sistema sanitario y en el conjunto de la sociedad es, sin duda alguna, su carácter irreversible, la falta de un tratamiento curativo y la carga que representa para las familias de los afectados.

La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, aunque ello puede variar mucho de un paciente a otro.

Etiopatogenia

La etiología de la enfermedad es desconocida, no se sabe con certeza que es lo que provoca.

Existen algunos factores de riesgo.

Edad: Es el factor de riesgo más importante para sufrir Alzheimer. Hay una unanimidad de que existen un aumento exponencial de las cifras de incidencia y

prevalencia a medida que se cumplen años, siendo del 2% entre la población de 65-69 años, llegando al 32% entre los ancianos de 85-89 años.

Factores de género: Las mujeres tienen un riesgo relativo superior de padecer esta enfermedad.

Factores genéticos: Las alteraciones genéticas son importantes en la aparición del Alzheimer precoz. Se ha observado que mutaciones en cualquiera de los tres siguientes genes APP (proteína precursora del amiloide) y presenilinas 1 y 2 (PS-1,PS-2) son responsables de algunos casos de enfermedad de Alzheimer precoz, es decir, de aparición antes de los 60 años. Su transmisión es autonómica dominante. El alelo ℑ-4 del gen de la lipoproteína E (ApoE) está asociado con un incremento en el riesgo de la EA esporádica. (Katzman R., 2005)

Factor tóxico ambiental: El tabaco, alcohol es un factor de riesgo.

Factores nutricionales: La hipercolesterinemia, la deficiencia de vitamina B12 y de folatos, la obesidad, una dieta sin antioxidantes son factores de riesgo para el Alzheimer

Factores sanitarios: La hipertensión produce desmielinización isquémica y pérdida neuronal hipocampica, la depresión, la falta de actividad física, el estrés son factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.

Factores socioeconómicos y culturales: Hay datos epidemiológicos consistentes a favor de cuanto mayor sea el nivel educativo que se alcanza en la vida menor será la probabilidad de sufrir Alzheimer.

Patogenia

La EA se caracteriza por dos tipos de depósitos proteínicos diferentes: los depósitos de amiloide β y los ovillos neurofibrilares (ONF). Ambos ejercen efectos tóxicos en las neuronas, activan células gliales que segregan sustancias citotóxicas y aumentan los daños titulares alterando la sinapsis y la función

neuronal, conduciendo en último término a la apoptosis. Cuando este daño en el tejido cerebral alcanza un cierto grado termina expresándose clínicamente.

Los estudios sobre la patogénesis de la EA se centran principalmente en el papel de los depósitos proteínicos. El prototipo de esta enfermedad es complejo ya que resulta de la combinación de una amilodopatía y una taupatía.

Numerosos estudios apuntan a que el fenómeno primario en la EA es una alteración en el metabolismo de la proteína APP que provoca un aumento en la producción y depósito anómalo del péptido Aβ, dando lugar a depósitos amiloides insolubles en forma de placas seniles.

Este proceso es apoyado por la denominada hipótesis de la "cascada amiloide" que explica que por diversos factores genéticos se producen alteraciones a nivel de la expresión de la proteína APP, del proceso de proteolísis o del proceso de estabilidad del péptido Aβ, alterando el equilibrio producción/aclara miento del mismo, lo que finalmente resulta en un acúmulo gradual de degeneración neurofibrilar, en placas difusas, placas neuríticas y vasos cerebrales y meníngeos.(Katzman R., 2005)

Se ha demostrado que el efecto tóxico se produce fundamentalmente por la liberación de radicales libres en la unión de este amiloide con determinados receptores, lo que activa una cascada de sucesos inflamatorios y oxidativos, que acaban lesionando la neurona, alterando las sinapsis con el consiguiente déficit de neurotransmisores y conduciendo en último término a la muerte neuronal

Alteraciones estructurales

Placas neuríticas seniles

Existen dos tipos de placas, las PNS y las placas difusas, ambas reconocidas en el cerebro de pacientes con EA. Las PNS son depósitos extracelulares esféricos, de diámetro variable (50 a 200 μm), constituidos por un núcleo central amiloideo rodeado de neuritas distróficas. Estas neuritas contienen atrocitos, microglia y restos de lisosomas, mitocondrias y vesículas sinápticas, resultantes del daño

neuronal adyacente. Las placas difusas representan el estadio temprano de la formación de las PNS, ya que aunque no presentan un núcleo amiloideo ni neuritas distróficas, contienen una pequeña porción de péptido amiloide. (Barabash. A. Gilbert R., 2009**)**

Metabolismo del péptido β-amiloide

En contra de lo que se postuló inicialmente, el procesamiento de PPA se produce en el metabolismo normal de cualquier célula, tanto por la vía no amiloidogénica como por la vía amiloidogénica. Detectaron que el Aβ está presente tanto en líquido cefalorraquídeo (LCR) como en el plasma de sujetos sanos. La forma soluble del Aβ(1-40), es la que se produce mayoritariamente durante el metabolismo normal de las células. Sin embargo, la producción mayoritaria del Aβ(1-42) está asociada a procesos patológicos, como en la EA. Por ello, el Aβ es un producto metabólico normal, que es constantemente anabolizado y catabolizado en el cerebro y cuyos niveles estacionarios están determinados por el balance metabólico entre ambos procesos. Alteraciones en este balance durante un largo período de tiempo podría provocar la aparición de depósitos amiloideos, causando un aumento de la incidencia y desarrollo de la EA, ya que tanto un aumento del anabolismo como una disminución de la actividad de las enzimas que degradan el Aβ, favorecen la formación de PNS. (Sceuner.V, Antory C., 2010)

Se han descrito una gran variedad de peptidasas capaces de degradar el Aβ in vitro como son la gelatinasa A y B, neprilisina, enzima degradante de insulina (IDE), catepsina D, factor de coagulación XI, plasmina, enzima convertidora de angiotensina (ACE) y la enzima convertidora de endotelina (ECE-1). Sin embargo, no estaba claro cual de estas enzimas ejercía un papel predominante en el catabolismo del Aβ in vivo en el cerebro. Recientemente, mediante la utilización de ratones knockout para neprilisina, inhibidores de la neprilisina (tiorfano y fosforamidona) y anticuerpos específicos para la neprilisina, se ha demostrado que esta es la enzima encargada de degradar mayoritariamente el Aβ en el cerebro in vivo (Takaki., 2000). La neprilisina es una metalopeptidasa de

membrana de tipo II formada por aproximadamente 750 residuos, con un corto segmento amino-terminal citosólico y un largo segmento carboxilo-terminal extracelular. Dicha enzima funciona en la superficie celular, donde se libera el Aβ; es capaz de hidrolizar el Aβ(1-40), el Aβ(1-42) y sus formas oligoméricas) Además, se ha observado que existe una relación inversa entre la localización de los depósitos del Aβ y la distribución de la neprilisina en el cerebro. A nivel subcelular, la neprilisina se localiza en la membrana plasmática de axones y algunas dendritas neuronales, lo que sugiere que después de su síntesis en el soma, la neprilisina migrará a las terminaciones presinápticas, lugar donde se sintetiza mayoritariamente el Aβ.

Ovillos neurofibrilares

Los ONF son depósitos intracelulares formados por un componente proteico y otro no proteico que está formado principalmente por glucosa minoglicanos (heparanes, condroitines o queratanes), polianiones y ácidos grasos.

El componente proteico está constituido mayoritariamente por la proteína tau hiperfosforilada. Estos ONF son característicos de la degeneración fibrilar presente en la EA y otras enfermedades como la demencia fronto temporal, la enfermedad de Parkinson ligado al cromosoma 17, el síndrome de Down y la degeneración corticobasal. En cada una de estas tauopatías, los ONF se forman en áreas cerebrales distintas, apareciendo en el citoplasma de neuronas o células gliales. (Scheuner.V, Antory C., 2010)

En la EA, los ONF aparecen inicialmente en las neuronas del lóbulo temporal y parietal de la corteza, afectando posteriormente al hipocampo y otras áreas de asociación. Mediante diversos estudios, se ha establecido una relación lineal entre el número de ONF existentes en el SNC y el grado de demencia presente en la EA.

Proteína tau

La proteína tau es una proteína neuronal hidrofílica que pertenece a la familia de proteínas asociadas a microtúbulos (MAP). En la especie humana, el gen de esta proteína se encuentra situado en el cromosoma 17. Existe una gran variedad de isoformas de tau en el SNC , debido al procesamiento alternativo que sufre su ARNm y a las modificaciones postraduccionales a la que es sometida la proteína (fosforilación y glicosilación). En condiciones normales, la proteína tau facilita el ensamblaje de la tubulina, estabilizando la organización delos microtúbulos, lo que permite mantener las prolongaciones citoplasmáticas típicas de las células nerviosas. Cuando la proteína tau está hiperfosforilada, se produce un cambio conformacional en la molécula que impide su unión a los microtúbulos, desestabilizándolos y favoreciendo la agregación de dicha proteína. Este cambio conformacional, consiste en un aumento de estructuras α-hélice en la proteína tau hiperfosforilada, permitiendo que se agregue formando pares de filamentos helicoidales.

El proceso de fosforilación no sólo es importante en la formación de los ONF en las tauopatías sino que también es necesario en condiciones normales para permitir la unión de la proteína tau a los microtúbulos. La fosforilación de tau se produce en residuos de serina o treonina seguidos o no de una zona rica en prolina. La fosforilación en residuos de serina se produce en la región de unión de tau a los microtúbulos mientras que la fosforilación en residuos de treonina no afecta a esta región de unión. In vitro, la proteína tau puede ser fosforilada por una gran variedad de quinasas tales como: quinasas de las MAP, quinasas de estrés, proteína quinasa dependiente de adenosín 3',5'-monofosfato cíclico (AMPc) (PKA), proteína quinasa dependiente de calcio (PKC), calmodulina, quinasa de la glucógeno sintasa (GSK3) y quinasa dependiente de ciclina (CDK5). Sin embargo, se desconoce cuál de estas quinasas es responsable de iniciar la fosforilación in vivo. Recientemente, se ha demostrado que la GSK3 participa en la fosforilación de tau tanto en condiciones normales como en situaciones patológicas. En la EA, se ha detectado que el Aβ es capaz de incrementar la fosforilación de taumediada por la GSK3, favoreciendo su agregación. Se ha planteado que este aumento podría deberse a la acción antagónica que ejercería el

Aβ sobre los receptores de insulina, promoviendo la activación de la GSK3. (Goux. R., 20012)

Por otro lado, el desensamblaje de los microtúbulos provocado por la hiperfosforilación de tau, provoca cambios en el armazón celular así como en la localización y organización de estructuras subcelulares tales como las mitocondrias y los lisosomas, lo que conlleva una interrupción de la sinapsis y una inducción de la muerte neuronal por apoptosis.

Mutaciones en el gen de la proteína precursora de amiloide

Se estima que hay muy pocas familias en el mundo afectadas por estas mutaciones en el gen de la PPA, aproximadamente un 0,4 % de los casos de EA, aunque sus manifestaciones neuropatológicas son muy severas. En estas familias, la edad de aparición de la EA oscila entre los 40 y los 65 años. Hasta el momento, se han identificado nueve mutaciones en el gen de la PPA, que se localiza en el cromosoma 21, cada una de las cuales posee una localización estratégica dentro del gen.

La mayoría de estas mutaciones están próximas al dominio de corte de la β-secretasa. Esto inducirá un aumento de la actividad de la enzima, generando más Aβ(1-40) y Aβ(1-42). El resto de las mutaciones se localizan en el extremo carboxilo-terminal, cerca del sitio de corte de la γ-secretasa, o dentro de la secuencia que da origen al Aβ. En resumen, todas estas mutaciones conducirán, al final, a un aumento en la producción del Aβ, especialmente del Aβ(1-42). **(**Goate J., Alvarez T., Punty R., 2012)

Este hecho reviste enorme interés porque desde hace años se sabía que los pacientes con trisomía 21 (síndrome de Down) desarrollan con gran frecuencia el cuadro de la enfermedad, y porque el gen de la proteína precursora de amiloide (PPA) cerebral se localiza también en el cromosoma 21. n. En la trisonomía 21 se produce un aumento de la carga génica, lo que conlleva el incremento de la expresión de la PPA y, por tanto, de la producción del Aβ. Esto explica la formación temprana de las PNS y pérdida de memoria que se manifiesta en estos

enfermos durante los 20 y 30 años de edad (Se han descrito mutaciones puntuales de la PPA en varias familias con enfermedad de Alzheimer .En la mayoría de las familias con la forma presenil, hay un ligamiento a los marcadores del brazo largo del cromosoma 14. En estas la edad de inicio de los síntomas se sitúa en la quinta década de la vida, mientras que en aquellas con una mutación de la PPA. El inicio ocurre en la sexta década. La mutación en el cromosoma 14q parece originar un fenotipo más grave que el causado por la mutación de la PPA. La de- mostración de mutaciones puntuales en la PPA y de otros defectos genéticos en la regulación de esta proteína refuerzan la hipótesis patogénica según la cual la anomalía cerebral se debe al depósito de amiloide que ejercería su neurotoxicidad por una doble vía: originando degeneración neuronal (toxicidad directa) o modificando la homeostasia del calcio neuronal a través del metabolismo del ácido glutámico (toxicidad indirecta). (Katzman R., 2005)(Goux. R., 20012)

Manifestaciones clínicas

Clínicamente la EA se caracteriza por ser una enfermedad heterogénea, que comienza con deficiencias en la memoria y evoluciona de forma gradual hacia un deterioro cognitivo global. Por otra parte estas alteraciones cognitivas van acompañadas de una variedad de conductas anormales que se vuelven más frecuentes a medida que avanza la enfermedad.

Se pueden clasificar, por tanto, las manifestaciones en dos grandes grupos: cognitivas (apraxia, agnosia, pérdida de la capacidad de aprendizaje y desorientación) y no cognitivas (irritabilidad, la agresividad), conductuales o psiquiátricas (apatía, depresión, mania, delirios). La secuencia en la que se suceden suele ser: la pérdida de funciones cognitivas, deterioro de la personalidad, comportamiento psicótico y agitación. Todas ellos son útiles en el establecimiento del diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer.

Diagnóstico

El diagnóstico de la EA sigue el siguiente proceso:

1. Historia clínica: el facultativo tendrá que evaluar los antecedentes médicos del enfermo y de su familia.

2. Examen neuropsicológico: el facultativo se tendrá que asegurar de que los síntomas presentados corresponden a una forma de demencia.

Existen diferentes criterios para establecer el diagnóstico de la demencia; los más utilizados son los de la Asociación americana psiquiátrica (DSM-IV) y los del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer`s Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA). (Villara A., Molinuevo G y Gómez T., 2012)

Para evaluar la demencia de tipo Alzheimer se pueden utilizar el Mini Mental State Examination (MMSE), muy utilizado por su sencillez y rapidez; para que los resultados sean fiables es necesario que se tenga en cuenta la edad y la posibilidad de padecer otros trastornos.

Hay tres posibilidades de diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer:

Posible: síntomas clínicos y deterioro de dos o más funciones cognitivas.

Probable: al igual que en el diagnóstico de Posible deben existir alteraciones de dos o más funciones cognitivas y síntomas clínicos. A diferencia del anterior no debe existir una segunda enfermedad que sea la causa de la demencia

Seguro: se podrá asegurar que el paciente tiene definitivamente la EA si su cerebro muestra placas neuríticas y ovillos neurofibrilares. Sólo puede hacerse mediante autopsia.

Los criterios seguidos para evaluar el estado de la enfermedad son los siguientes:

AVD (Actividades de la Vida Diaria): evalúa las funciones básicas de la vida diaria del enfermo.

BGP (Escala de Valoración del Comportamiento para Pacientes Geriátricos): el personal de enfermería evalúa las alteraciones funcionales y del comportamiento.

CGI (Impresión Clínica Global del Cambio): el clínico mediante una valoración de siete puntos evalúa de forma global la gravedad de la enfermedad.

Disponemos de criterios para el diagnóstico clínico de la EA. Los más universales son los de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

Criterios para el diagnóstico de F00 Demencia tipo Alzheimer

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
   (a) afasia (alteración del lenguaje)
   (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
   (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
   (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
2. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hípotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
3. Enfermedades inducidas por sustancias

E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

F00.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano

Su inicio es a los 65 años o antes

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

F00.1 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío

Su inicio es después de los 65 años

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicado: si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

Especificar si:

Con trastorno de comportamiento. (Villara A., Molinuevo G., 2012)

Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

A. Criterios para el diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer probable Demencia, diagnosticada mediante examen clínico y documentada con el Miniexamen Mental de Folstein, la escala de demencia de Blessed u otras similares, y confirmada con tests neuropsicológicos
B. Deficiencias en 2 o más áreas cognitivas
C. Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas
D. No alteración del nivel de conciencia
E. Comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65 años
F. Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas

Apoyan el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable"

A. Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia)
B. Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales

C. Antecedentes familiares de trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomopatológica
D. Pruebas complementarias

- Líquido cefalorraquídeo normal, en las determinaciones estándar EEG normal, o con alteraciones inespecíficas, como incremento de la actividad de ondas lentas
- Atrofia cerebral en TAC, se objetiva su progresión en observación seriada

Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable", tras excluir otras causas de demencia

A. Mesetas en la progresión de la enfermedad
B. Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones de la conducta sexual, pérdida de peso
C. Otras alteraciones neurológicas en algunos pacientes, especialmente en los que se hallan en fase avanzada, como hipertonía, mioclonías o alteración de la marcha
D. Convulsiones, en fase avanzada de la enfermedad
E. TAC cerebral normal para la edad del paciente

Aspectos que convierten el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable" en incierto o improbable

A. Instauración brusca o muy rápida
B. Manifestaciones neurológicas focales como hemiparesia, alteración de la sensibilidad o de los campos visuales, o incoordinación en fases tempranas de la evolución
C. Convulsiones o alteraciones de la marcha al inicio o en fases muy iniciales de la enfermedad

Diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer posible

A. Demencia, con ausencia de otras alteraciones sistémicas, psiquiátricas y neurológicas que puedan causar esa demencia, pero con una instauración, manifestaciones o patrón evolutivo que difieren de lo expuesto para el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable"
B. Presencia de una segunda alteración, cerebral o sistémica, que podría producir demencia pero que no es considerada por el clínico como la causa de esta demencia
C. En investigación, cuando se produce deterioro gradual e intenso de una única función cognitiva, en ausencia de otra causa identificable

Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer definitiva

A. Criterios clínicos de "enfermedad de Alzheimer probable"
B. Comprobación histopatológica, obtenida a través de biopsia o autopsia

Es obligatorio realizar a todos los pacientes al menos un análisis de sangre, que incluya hemograma, VSG, glucosa, colesterol, triglicéridos, urea, creatinina, ácido úrico, GPT, gGT, fosfatasa alcalina, Na, K, Ca, T4 libre, TSH, vitamina B12, ácido fólico y serología de lúes, así como una prueba de neuroimagen estructural (resonancia magnética o tomografía axial computarizada del encéfalo), una radiografía del tórax y un electrocardiograma. (Cooper S, Greene JD., 2005)

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son:

Disminuir el progreso de la enfermedad

Manejar los problemas de comportamiento, confusión y agitación

Modificar el ambiente del hogar

Cambiar el estilo de vida.

Apoyar a los miembros de la familia y otras personas que brindan cuidados.

Ciertas vitaminas ayudan al mantenimiento de las funciones cognitivas en estos pacientes como vitaminas B12, B6, Ácido fólico se ha probado la eficacia de fármacos anticolinesterasicos que tienen una acción inhibidora de la colinesterasa, la enzima encargada de descomponer la acetilcolina, el neurotransmisor que falta en el Alzheimer y que incide sustancialmente en la memoria y otras funciones cognitivas. Con todo esto se ha mejorado el comportamiento del enfermo en cuanto a la apatía, la iniciativa y la capacidad funcional y las alucinaciones, mejorando su calidad de vida.

Se utiliza fármacos anticolinérgicos existen 3 fármacos disponibles: donepezilo, rivastigmina y galantamina Presentan un perfil de eficacia similar con parecidos efectos secundarios alteraciones gastrointestinales, anorexia y trastornos del ritmo cardiaco.

La memantina tiene indicación en estadios moderados y severos de la enfermedad de Alzheimer. Su mecanismo de acción se basa en antagonizar los receptores NMDA (N-metil D-aspartato) glutaminérgicos (Parquet C., 2009)

DETERIORO DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS

El deterioro de las funciones cognitivas es el declive de los procesos mentales que permiten llevar a cabo cualquier tarea. Lo que inhibe un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea.

GNOSIS

La gnosis es la capacidad de darle un significado a los estímulos sensoriales percibidos.

AGNOSIA

Incapacidad para reconocer e identificar las informaciones que llegan a través de los sentidos.

La agnosia se presenta en lesiones que comprometen las áreas de asociación sensorial unimodales. En el caso de la agnosia visual, hay disfunción de la corteza occípito-temporal; en la agnosia táctil, de la corteza parietal; y en la agnosia auditiva, de la corteza temporal. Las lesiones hemisféricas izquierdas tienden a afectar predominantemente el reconocimiento de sonidos o imágenes de contenido verbal o numérico; mientras que las lesiones hemisféricas derechas lo hacen con el reconocimiento de caras o sonidos ambientales. La agnosia táctil afecta el hemicuerpo contralateral a la lesión. (Greene A., 2008)

PERCEPCIÓN

La percepción es el acto de recibir, interpretar y comprender a través de la psiquis las señales sensoriales que provienen de los cinco sentidos orgánicos. Es por esto que la percepción, si bien recurre al organismo y a cuestiones físicas, está directamente vinculado con el sistema psicológico de cada individuo que hace que el resultado sea completamente diferente en otra persona. Es, además, la instancia a partir de la cual el individuo hace de ese estímulo, señal o sensación algo consciente y transformable.

Proveniente del latín, de la palabra perceptio, que significa recibir, recolectar o tomar posesión de algo, la percepción es entendida por la psicología como el primer momento de elaboración cognoscitiva, es decir, la primera instancia en la cual la información recibida se transforma en un elemento conocible y comprendible. Siempre partiendo de los datos otorgados por los cinco sentidos (la vista, el olfato, el tacto, el gusto y el oído), se dice que la persona percibe la información cuando ya ha hecho un proceso de asimilación y comprensión de la misma que es, obviamente, inmediato, pero que implica una elaboración propia de la misma. (Strub T., 2008)

SUBJETIVA

La percepción es subjetiva, característica del propio sujeto

SELECTIVA

Es selectiva, ya que está directamente relacionado con sus necesidades/motivos, valores, experiencia y capacidad.

TEMPORAL

Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo. En la medida en que retenga los resultados, estos podrán entrar a formar parte de la memoria a largo plazo. (Greene A., 2005).

PRAXIA

La praxis es la capacidad de ejecutar actos motores previamente aprendidos. (González H., 2010)

Puede afectar la boca, el tronco o las extremidades. su alteración se denomina apraxia.

APRAXIA

La apraxia, es un trastorno neurológico caracterizado por la pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos de propósito, aprendidos y familiares, a pesar de tener la capacidad física (tono muscular y coordinación) y el deseo de realizarlos.

La apraxia ideomotora (movimientos simples), tiene mayor valor localizatorio que la apraxia ideacional (movimientos complejos secuenciales)

Lesiones hemisféricas izquierdas se asocian a apraxia ideomotora bilaterales, mientras que lesiones de cuerpo calloso anterior o premotoras derechas, se relacionan a apraxia ideomotora de la mano izquierda. Las órdenes que implican el uso de estructuras axiales (cabeza y tronco) se afectan con menos frecuencia, dada su dependencia de estructuras cerebrales más profundas. (Greene A., 2005).

Para evaluar si un paciente tiene apraxia ideomotora, se le pide que realice la mímica de movimientos que se suponen conocidos, como hacer un saludo militar, persignarse, lavarse los dientes, soplar una vela, hacer una reverencia, etc. Debe examinarse las extremidades derechas e izquierdas por separado.

LENGUAJE

Se define el lenguaje como la capacidad de usar y ordenar adecuadamente los signos (ej. palabras) para expresar pensamientos e ideas.

DISARTRIAS

Etimológicamente el término disartria se deriva del griego dys = defecto y arthon = articulación. (González H., 2010)

Así pues se define disartria como una alteración de la articulación propia de lesiones en el sistema Nervioso Central (SNC), así como de enfermedades de los nervios o de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla. Por tanto, la disartria es una dificultad de la expresión oral del lenguaje debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios, secundaria a lesiones del SNC.

AFASIAS

La afasia es un trastorno del lenguaje que se caracteriza por la incapacidad o la dificultad de comunicarse mediante el habla constituye un signo de focalización neurológica.

ATENCIÓN

La atención es la capacidad de focalizar la conciencia en un estímulo determinado, de entre todos los que son percibidos.

MEMORIA

Se define memoria como la capacidad de almacenar y utilizar información previa.

De acuerdo a la forma de recuperar la información almacenada, se describe dos tipos principales de memoria: declarativa o explícita y no declarativa o implícita

La memoria explícita corresponde a aquella que se recupera a través del lenguaje, de modo que es un tipo de memoria reflexiva. Se subclasifica a su vez en memoria episódica y semántica. La memoria episódica corresponde a hechos que al momento de ser evocados pueden ser identificados como efectivamente vividos por el sujeto. Se afecta por lesiones de la región mesial del lóbulo temporal (circuito hipocampo-tálamo-cingulado). La memoria semántica se refiere a la evocación de conocimiento general o significados. Se relaciona a regiones corticales asociativas, especialmente del lóbulo temporal lateral o polar. (Greene A., 2005).

La memoria implícita es la capacidad de aprender una nueva destreza (ej. leer en espejo), o de aprender a reaccionar en forma refleja o emocional ante un nuevo estímulo. Este tipo de aprendizaje puede ocurrir incluso en individuos con alteración grave de la memoria episódica. Se relaciona a ganglios de la base, amígdala o cerebelo.

La memoria semántica se evalúa a través de información general que se supone el sujeto debiera conocer (ej. el nombre del país, de su esposa o de un objeto, la utilidad de un objeto, una fecha relevante, etc.). Para evaluar la memoria episódica se consulta por hechos que el paciente vivió recientemente, como: ¿qué almorzó hoy?, ¿cuáles son las tres palabras que le dije hace un momento? (Antory R., 2008)(Greene A., 2005).

AMNESIA

Es la incapacidad de conservar o recuperar información y constituye el trastorno de memoria más importante. Puede ser de causa orgánica o afectiva. Es la pérdida de memoria que puede ser producida por un choque al cerebro, por un golpe excesivamente fuerte, por una lesión, una enfermedad, una cirugía, drogas o terapia electroconvulsiva. La memoria semántica se refiere a la evocación de conocimiento general o significados

HIPOMNESIA

La hipomnesia es la disminución de la capacidad de la memoria, debido a una dificultad tanto de fijación como de evocación.

HIPERMNESIA.

Grado exagerado de retención y recuerdo de la memoria.

DISMNESIA

La dismnesia es la disminución de la memoria. Dificulta el recuerdo de algunos eventos o los evoca en forma confusa.

FABULACIÓN

Las fabulaciones son producciones imaginarias que son tomadas como recuerdos. Generalmente se utilizan para rellenar lagunas amnésicas.

ECMNESIA.

Vivencias del pasado con gran carga emocional (p. ej. un bombardeo), se pueden revivir y representar, con gran viveza e implicación emocional.

PARAMNESIA

Distorsión o falsificación de la memoria, bien por alteración del recuerdo o del reconocimiento.

ORIENTACION

La orientación es la capacidad que nos permite tener presentes y saber utilizar los datos básicos de la realidad en la que vivimos; a saber, la información referida al momento en que vivimos, el lugar en el que nos encontramos y la identidad de nuestra propia persona

• Orientación temporal: capacidad que permite la ubicación en el tiempo.

• Orientación espacial: capacidad que permite al sujeto conocer dónde se ubica espacial y/o geográficamente.

• Persona: capacidad que permite al sujeto conocer su propia identidad.

RAZONAMIENTO

Abstracción de similitudes y/o diferencias: capacidad para abstraer los rasgos más relevantes de dos o más conceptos que se comparan

DEDUCTIVO

El razonamiento deductivo es aquel tipo de razonamiento que parte del todo, de lo general, de una premisa general, hacia lo particular, es decir, de algo que es general va deduciendo conclusiones particulares

INDUCTIVO

Un razonamiento inductivo, por lo tanto, consiste en considerar varias experiencias individuales para extraer de ellas un principio más amplio y general. Es importante tener en cuenta que, pese a que se parta de premisas verdaderas, la conclusión puede resultar falsa. Que un razonamiento inductivo derive en una conclusión verdadera es apenas una probabilidad, cuyo grado varía de acuerdo al número de premisas que se consideren y a las características de éstas. (Peer A., 2008)

ANALOGICO

Capacidad para establecer relaciones de segundo orden entre conceptos ya relacionados. (Peer A., 2008)

APRENDIZAJE

El aprendizaje puede ser considerado en su sentido más amplio como un proceso de adaptación; el hombre adquiere nuevos modos de comportamiento o ejecución,

con el objeto de hacer mejores ajustes a las demandas de la vida. (Travers E., 2010)

RECEPTIVO

Aprendizaje receptivo en este tipo de aprendizaje el sujeto sólo necesita comprender el contenido para poder reproducirlo, pero no descubre nada.

REPETITIVO

Aprendizaje repetitivo se produce cuando el sujeto memoriza contenidos sin comprenderlos o relacionarlos con sus conocimientos previos, no encuentra significado a los contenidos.

SIGNIFICATIVO

En el enfoque del aprendizaje significativo es el aprendizaje en el cual el sujeto relaciona sus conocimientos previos con los nuevos dotándolos así de coherencia respecto a sus estructuras cognitivas. (Díaz. F., Hernández R, 2009)

OBSERVACIONAL

Tipo de aprendizaje que se da al observar el comportamiento de otra persona, llamada modelo. Se puede aprender por observación o imitación. Si todo el aprendizaje fuera resultado de recompensas y castigos nuestra capacidad sería muy limitada. El aprendizaje observacional sucede cuando el sujeto contempla la conducta de un modelo, aunque se puede aprender una conducta sin llevarla a cabo. (Bandura A., 2007)

LATENTE

En este tipo de aprendizaje se adquiere un nuevo comportamiento, pero no se da muestra hasta que se ofrece algún incentivo para manifestarlo, es decir, los sujetos muestran ese aprendizaje cuando tienen algún objetivo. (Díaz. F., Hernández R, 2009)

2.5. HIPÓTESIS.

El estilo de vida influirá como tratamiento no farmacológico en la demencia senil de tipo Alzheimer en adultos mayores en el hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús.

2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

ESTILO DE VIDA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

VARIABLE DEPENDIENTE:

DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

La investigación se desarrolla bajo los lineamientos del paradigma crítico propositivo, crítico porque diagnostica y analiza la situación actual de la problemática institucional y propositiva porque propone una alternativa de solución al problema detectado yendo más allá del diagnóstico y el análisis, busca la comprensión de fenómenos sociales con un enfoque contextualizado, asumiendo una realidad dinámica . Es de corte cualicuantitativo, porque luego de la recolección de la información se ejecuta un análisis.

3.2. MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación responde a dos modalidades: la bibliográfica documental y la de campo.

Documental-Bibliográfica

Tiene el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores sobre una cuestión determinada, basándonos en libros, revistas, periódicos y otras publicaciones

De Campo

Es el estudio sistemático de los hechos en el lugar que se producen. En esta modalidad la investigadora toma contacto en forma directa con la realidad para obtener información de acuerdo con los objetivos del trabajo investigativo.

3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es un estudio analítico, longitudinal, prospectivo.

Analítico

Longitudinal

Es un estudio longitudinal porque existe un tiempo entre las distintas variables, de forma que puede establecerse una secuencia temporal entre estas, y prospectivos ya que cuyo inicio es anterior a los hechos estudiados de forma que los datos se recogen a medida que van sucediendo

3.4. POBLACIÓN O MUESTRA

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con deterioro del nivel cognitivo por patología de Alzheimer.
- Consentimiento informado por parte de los adultos mayores

Criterios exclusión:

1. Pacientes que presenten las siguientes condiciones:
    - Sedación y analgesia potente con disminución del estado de conciencia
    - Afectación del estado de conciencia por sustancias adictivas
    - Falta de comprensión lingüística (Extranjeros).

2.- Acompañantes de los pacientes presentes en el momento del estudio.

Criterios Éticos

- Confidencialidad: Se garantizó a los adultos mayores que la información obtenida a través de las entrevista iba a ser accesible sólo para los interesados en el trabajo de investigación, recalcando además el anonimato de los cuestionarios y respetando la individualidad y el espacio del adulto mayor al momento de contestar las preguntas, sin que exista manipulación de terceras personas para sus respuestas.
- Anonimato: Los cuestionarios no solicitaron el nombre de los adultos mayores dentro de los datos informativos.

Se tomó en cuenta a los adultos mayores en el Hogar de Ancianos Sagrado corazón de Jesús en el cantón Ambato que son 80 de los cuales 20 padecen esta enfermedad con los que vamos a trabajar con el grupo entero.

3.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: ESTILO DE VIDA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal	Conjunto de actitudes. Conjunto de comportamientos.	Factores como: -Conductuales. -Aspectos socio demográficos -Aspectos culturales, -Contexto social, económico o el medio ambiente -Aspecto deportivos Hábitos como: - Ejercicio físico, - alimentación adecuada , - actividades de socialización - autoestima alta.	¿Realiza actividades que le permiten tener una buena movilidad? ¿Qué tipo de actividades cotidianas realiza Ud.?	Entrevista Entrevista	Cuestionario

VARIABLE DEPENDIENTE: DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Es el deterioro adquirido en las capacidades cognitivas que entorpece la realización satisfactoria de actividades de la vida diaria.	Deterioro adquirido en las capacidades cognitivas	Alteraciones de la memoria. Deterioro del pensamiento.	¿Sabe el lugar en el que vive?	Entrevista	Cuestionario.
	Entorpece las actividades de la vida diaria.	Deterioro del lenguaje	¿Repita la frase: En un trigal había cinco perros?	Entrevista	

3.6. PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Se realizara la entrevista a los adultos mayores para obtener la información requerida acerca de cómo influye el estilo de vida como tratamiento no farmacológico en el Alzheimer, los datos serán recolectados aplicando la entrevista de forma directa a los involucrados.

Además se observara de manera analítica el comportamiento social de los investigados

3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de la información, se creó una base de datos de las respuestas marcadas en las entrevistas, utilizando el programa IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for Social Sciences) que es un sistema de análisis estadístico y gestión de datos.

Análisis e Interpretación de Resultados

Con el programa IBM SPSS Statistics 20 se procedió a realizar la tabulación de resultados, lo que significa que con la información de la muestra resumida se realizó la asociación de determinados números a cada modalidad, lo que representó el número de veces que ha aparecido su proporción con respecto a otros valores de la variable, obteniéndose así las frecuencias respectivas.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, junto con la elaboración de gráficos y tablas, para una mejor interpretación.

Y finalmente se evaluaron ciertas variables, para determinar la existencia o no de independencia. Se aplicó la prueba estadística Wilcoxon para verificación de hipótesis.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. EuroQol-5D entrevista primera.

Kappa de Cohen 0.86 y 0.90.

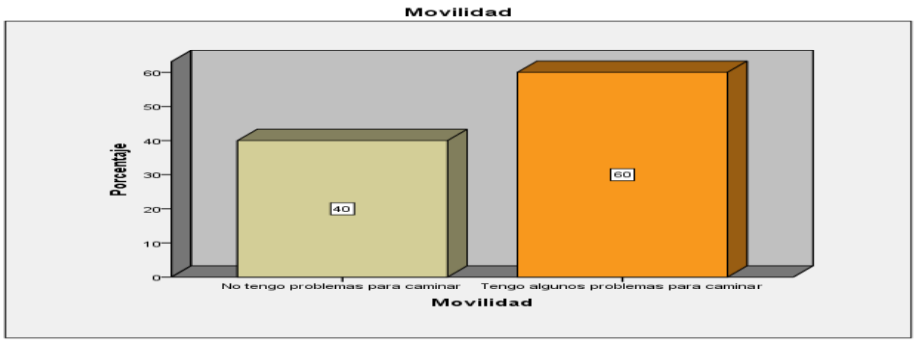
4.1.1 MOVILIDAD

Tabla 1. Movilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo problemas para caminar	8	40,0	40,0	40,0
	Tengo algunos problemas para caminar	12	60,0	60,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico.4 Movilidad



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

De 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 8 adultos mayores que corresponden al 40% responden no tengo problemas para caminar, los 12 adultos mayores restantes que representan el 60%responden tengo algunos problemas para caminar, por lo que un 0% tengo que estar en cama.

Las personas con Alzheimer muestran dificultad en la movilidad en su gran mayoría. La movilidad es una capacidad básica de cada ser humano e indispensable en su vida.

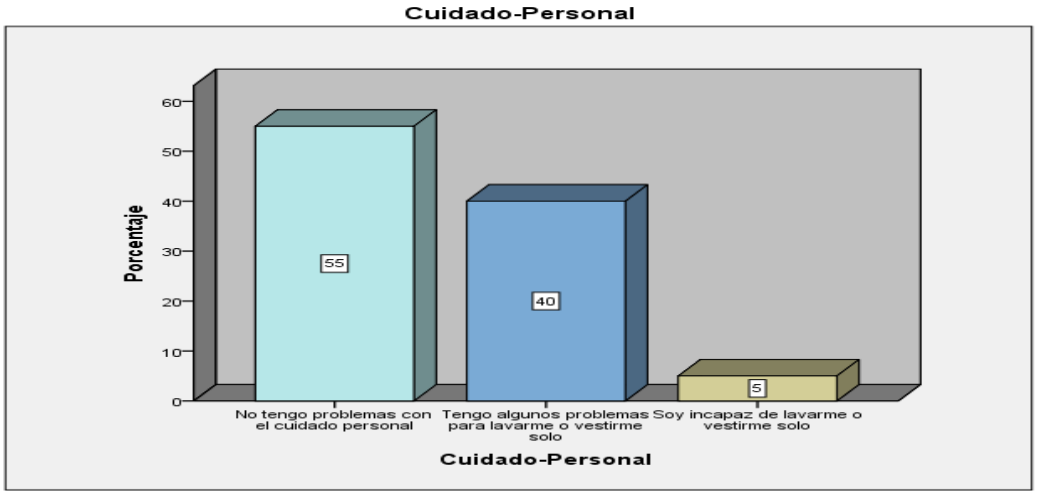
4.1.2 CUIDADO PERSONAL

Tabla 2. Cuidado-Personal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo problemas con el cuidado personal	11	55,0	55,0	55,0
	Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	8	40,0	40,0	95,0
	Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 5. Cuidado Personal



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que compete al cuidado personal de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 11 adultos mayores que corresponden al 55% responden no tengo problemas con el cuidado personal, 8 entrevistados los que representan el 40% manifiestan tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo, y 1 adulto mayor que es el 5% menciona soy incapaz de lavarme o vestirme solo.

En la enfermedad de Alzheimer se ve comprometida las funciones cognitivas por lo que se ve afectado el cuidado personal de estas personas para poder desarrollarlas con total normalidad. Mientras progresa la enfermedad, la persona va ser más incapaz de su cuidado personal.

4.1.3. ACTIVIDADES COTIDIANAS

Tabla 3. Actividades Cotidianas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	2	10,0	10,0	10,0
	Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	14	70,0	70,0	80,0
	Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 6. Actividades Cotidianas

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En las actividades cotidianas, de 20 adultos mayores que representan el 100%, 6 adultos mayores que representan el 10% de los adultos mayores responden no tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas, 14 adultos mayores que son el 70% responden tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas, y 4 adultos mayores que representan el 20% mencionan soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas.

Las actividades cotidianas se convierten a menudo en una auténtica pesadilla, ya que los enfermos de Alzheimer tienen una pérdida de memoria por lo que estos tienden a la tendencia del olvido

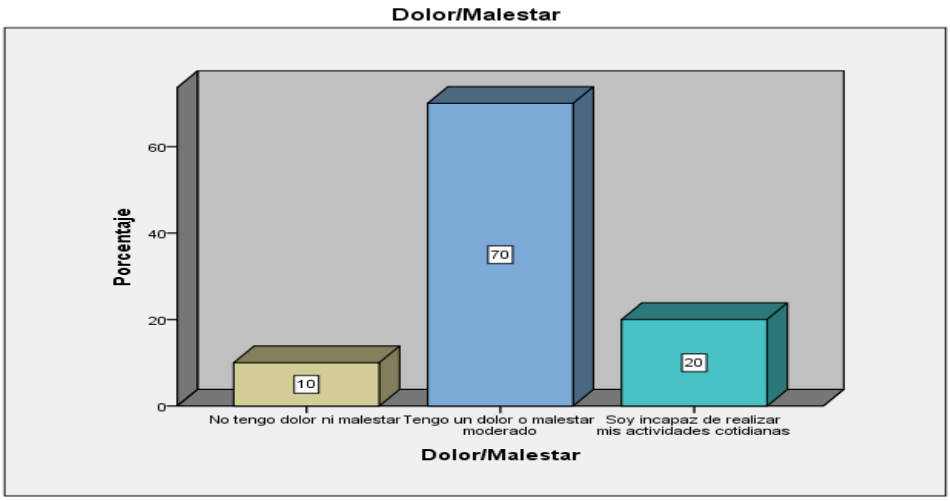
4.1.4. DOLOR/MALESTAR

Tabla 4.Dolor/Malestar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo dolor ni malestar	2	10,0	10,0	10,0
	Tengo un dolor o malestar moderado	14	70,0	70,0	80,0
	Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 7. Dolor/Malestar



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que compete al dolor/malestar de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 2 adultos mayores que corresponden al 10% responden no tengo dolor ni malestar, 14 entrevistados los que representan el 70% manifiestan tengo un dolor o malestar moderado, y 4 adulto mayor que es el 20% menciona tengo mucho dolor o malestar.

El dolor se da frecuentemente en adultos mayores como un síntoma asociado al propio proceso de envejecimiento, en las personas con Alzheimer el dolor se puede manifestar como agitación, trastornos de movilidad.

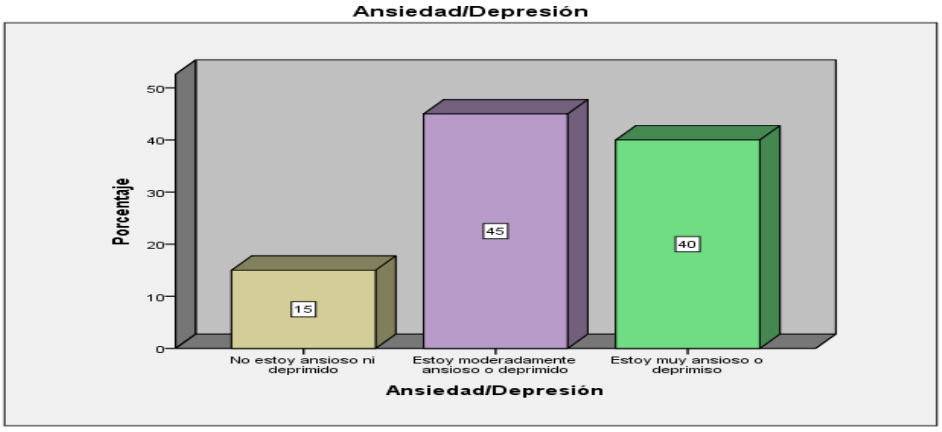
4.1.5. ANSIEDAD/DEPRESIÓN

Tabla 5. Ansiedad/Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No estoy ansioso ni deprimido	3	15,0	15,0	15,0
	Estoy moderadamente ansioso o deprimido	9	45,0	45,0	60,0
	Estoy muy ansioso o deprimido	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 8. Ansiedad/Depresión



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que se refiere a la ansiedad/depresión de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 3 adultos mayores que corresponden al 15% responden no estoy ansioso ni deprimido, 9 entrevistados los que representan el 45% manifiestan estoy moderadamente ansioso o deprimido y 8 adulto mayor que es el 40% dicen estoy muy ansioso o deprimido.

La Ansiedad como la depresión es muy común entre las personas que tienen enfermedad de Alzheimer. En muchos casos, pueden deprimirse cuando se dan cuenta de que su memoria y su capacidad de funcionar están empeorando, presentando bruscos cambios de humor y muchos se vuelven irritables o agresivos.

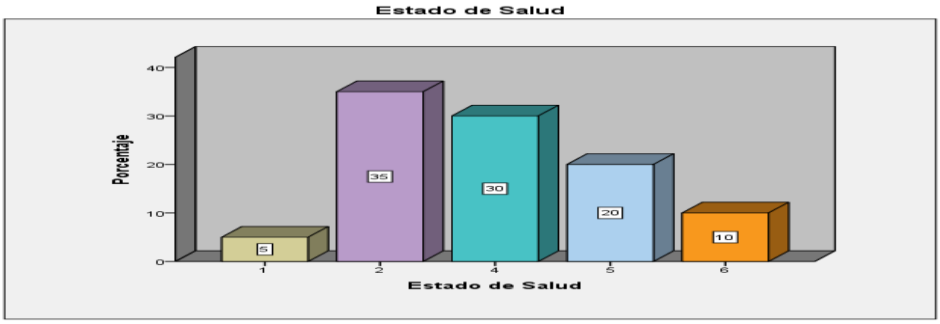
4.1.6. TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOEVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Tabla 6. Estado de Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	5,0	5,0	5,0
	2	7	35,0	35,0	40,0
	4	6	30,0	30,0	70,0
	5	4	20,0	20,0	90,0
	6	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 9. Estado de Salud



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que se refiere al Termómetro EUROQOL de autoevaluación del estado de salud, de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 1 adultos mayores que corresponden al 5%, 7 adultos mayores que corresponden al 35%, 6 adultos mayores que corresponden al 30%, estos entrevistados se encuentran en un estado de salud deplorable; mientras que 4 adultos mayores que corresponden al 20% manifiestan en un estado de salud aparentemente ni bueno ni malo y 2 adultos mayores que corresponden al 10% reportan un estado de salud bueno pero no excelente.

El Termómetro EUROQOL es un instrumento genérico de medición para valoración de la calidad de vida esta escala visual analógica o termómetro cuyos extremos van de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

4.2. MINIMENTAL TEST DE FOLSTEIN entrevista primera

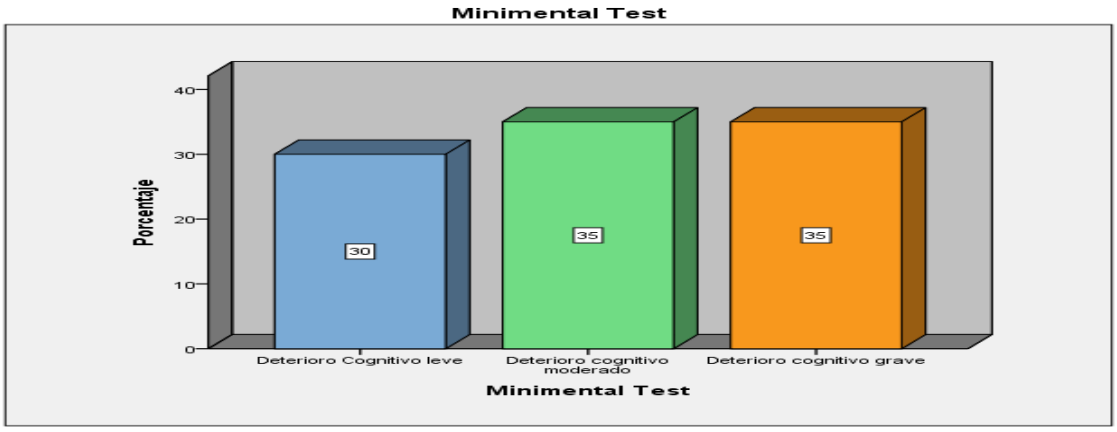
Kappa de Cohen 0.81 y 0.86.

Tabla 7. Minimental Test

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deterioro Cognitivo leve	6	30,0	30,0	30,0
	Deterioro cognitivo moderado	7	35,0	35,0	65,0
	Deterioro cognitivo grave	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 10. Minimental Test



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que compete al Minimental Test de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 6 adultos mayores que corresponden al 30% tienen deterioro cognitivo leve, 7 entrevistados los que representan el 35% padecen deterioro cognitivo moderado, y 7 adulto mayor que es el 35% sufren de deterioro cognitivo grave.

El minimental test es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo de un individuo, mostrando así que la mayoría de los adultos mayores ya padecen deterioro cognitivo moderado a grave lo que se ve afecto la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción.

4.3. EuroQol-5D entrevista segunda

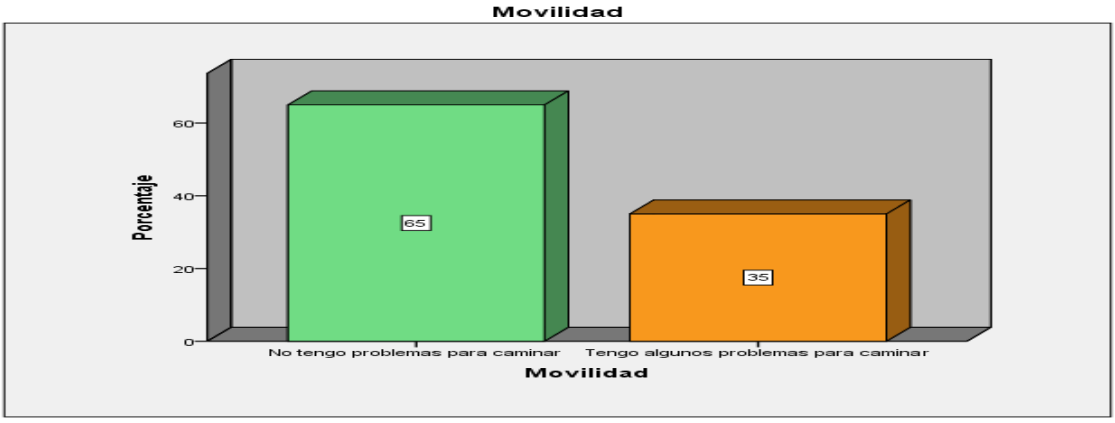
4.3.1. MOVILIDAD

Tabla 8. Movilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo problemas para caminar	13	65,0	65,0	65,0
	Tengo algunos problemas para caminar	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico. 11 Movilidad



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

De 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 13 adultos mayores que corresponden al 65% responden no tengo problemas para caminar, los 7 adultos mayores restantes que representan el 35%responden tengo algunos problemas para caminar, por lo que un 0% tengo que estar en cama.

Según se compara datos estadísticos con los primeros, muestra que la movilidad mejora en los adultos mayores con Alzheimer al realizar el ejercicio físico-recreativo-mental.

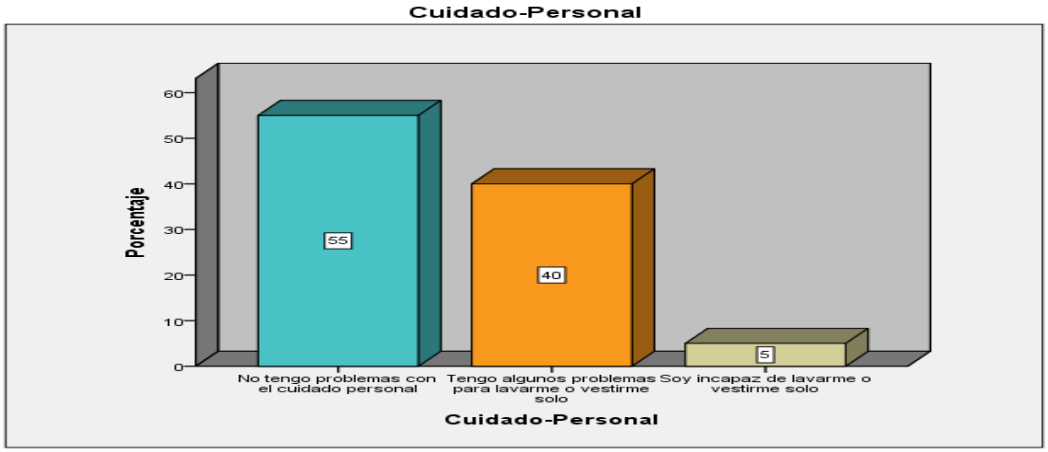
4.3.2 CUIDADO PERSONAL

Tabla 9. Cuidado-Personal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo problemas con el cuidado personal	11	55,0	55,0	55,0
	Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	8	40,0	40,0	95,0
	Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Grafico 12. Cuidado Personal



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que compete al cuidado personal de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 11 adultos mayores que corresponden al 55% responden no tengo problemas con el cuidado personal, 8 entrevistados los que representan el 40% manifiestan tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo, y 1 adulto mayor que es el 5% menciona soy incapaz de lavarme o vestirme solo.

Según se comprueba datos estadísticos con los primeros realizados el cuidado personal se ve afectado en estas personas no habiendo modificación alguna pero cabe recalcar que no existe un incremento a este problema al realizar el ejercicio físico-recreativo-mental.

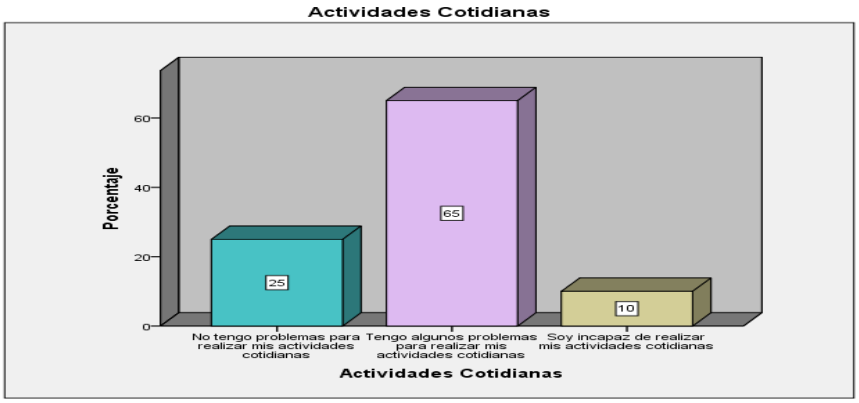
4.3.3 ACTIVIDADES COTIDIANAS

Tabla 10. Actividades Cotidianas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	5	25,0	25,0	25,0
	Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	13	65,0	65,0	90,0
	Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 13. Actividades Cotidianas



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En las actividades cotidianas, de 20 adultos mayores que representan el 100%, 5 adultos mayores que representan el 25% de los adultos mayores responden no tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas, de 13 adultos mayores que representan el 65% responden tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas, y 2 adultos mayores que representa el 10% mencionan soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas.

Las actividades cotidianas en los adultos mayores con Alzheimer se ve comprometida ya que la pérdida de memoria va progresando, pero comprobando resultados estadísticos, al realizar los ejercicios físico-recreativo-mental.

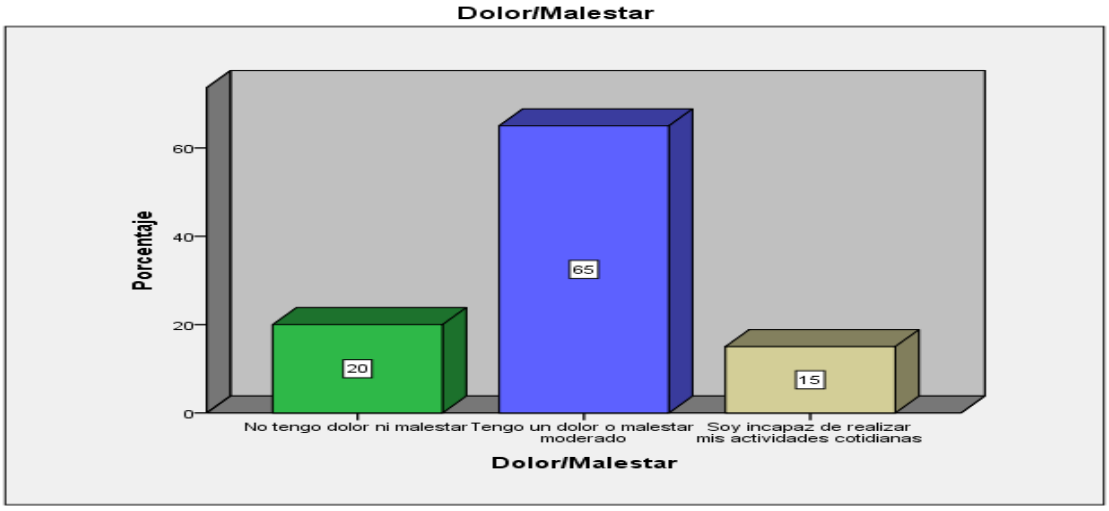
4.3.4. DOLOR/MALESTAR

Tabla 11. Dolor/Malestar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo dolor ni malestar	4	20,0	20,0	20,0
	Tengo un dolor o malestar moderado	13	65,0	65,0	85,0
	Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 14. Dolor/Malestar



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que compete al dolor/malestar de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 4 adultos mayores que corresponden al 20% responden no tengo dolor ni malestar, 13 entrevistados los que representan el 65% manifiestan tengo un dolor o malestar moderado, y 3 adulto mayor que es el 15% menciona tengo mucho dolor o malestar.

El dolor en estas personas con Alzheimer ha ido reduciendo, al realizar el ejercicio físico-recreativo-mental, según se comprueba con datos estadísticos anteriores, los adultos mayores sienten menor molestia., el dolor que ellos sientes muchas veces no es físico si no psicológico, y al realizar esta actividad se sienten motivados.

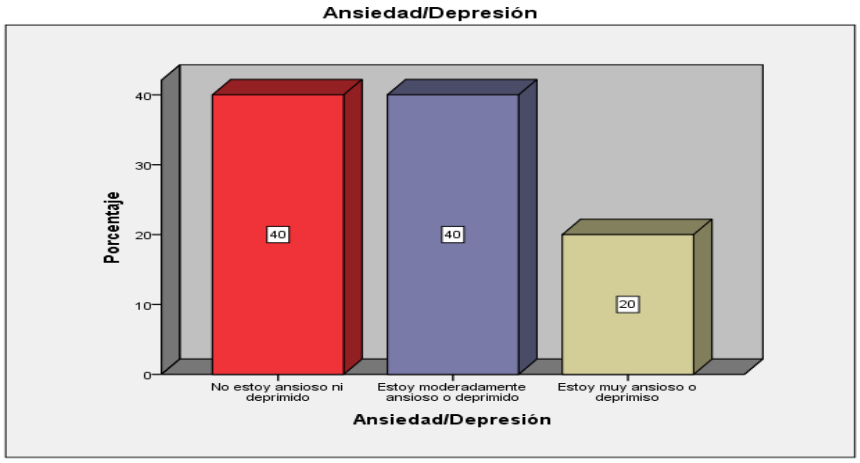
4.1.5. ANSIEDAD/DEPRESION

Tabla 12.Ansiedad/Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No estoy ansioso ni deprimido	8	40,0	40,0	40,0
	Estoy moderadamente ansioso o deprimido	8	40,0	40,0	80,0
	Estoy muy ansioso o deprimido	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 15. Ansiedad/Depresión



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que se refiere a la ansiedad/depresión de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 8 adultos mayores que corresponden al 40% responden no estoy ansioso ni deprimido, 8 entrevistados los que representan el 40% manifiestan estoy moderadamente ansioso o deprimido y 4 adulto mayor que es el 20% dicen estoy muy ansioso o deprimido.

Comparando datos estadísticos con los primeros vemos que existen modificaciones a favor en la ansiedad como la depresión en las personas que tienen Alzheimer. La depresión se da muchas veces en estas personas por que ellos notan que sus capacidades cognitivas van disminuyendo, sintiéndose de buen humor

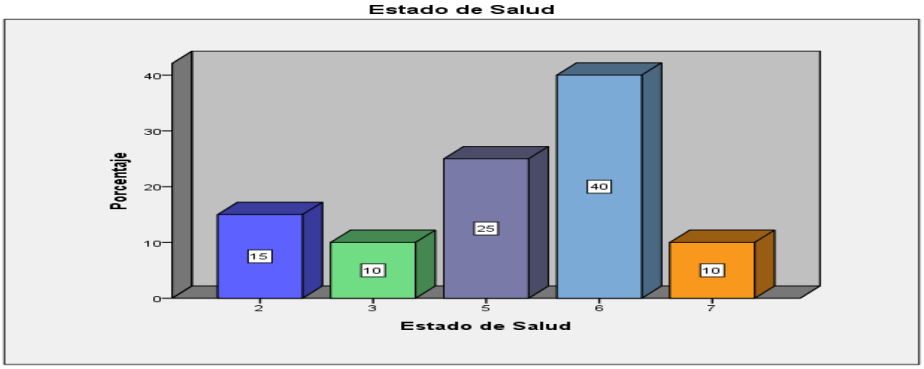
4.3.6. TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOEVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Tabla 13. Estado de Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	3	15,0	15,0	15,0
	3	2	10,0	10,0	25,0
	5	5	25,0	25,0	50,0
	6	8	40,0	40,0	90,0
	7	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 16. Estado de Salud



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que se refiere al Termómetro EUROQOL de autoevaluación del estado de salud, de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 3 adultos mayores que corresponden al 15%, 2 adultos mayores que corresponden al 10%, estos entrevistados se encuentran en un estado de salud deplorable; mientras que 5 adultos mayores que corresponden al 25% manifiestan en un estado de salud aparentemente ni bueno ni malo y 8 adultos mayores que corresponden al 40%, 2 adultos mayores que corresponden al 10% reportan un estado de salud bueno pero no excelente.

El Termómetro EUROQOL en comparación con los datos estadísticos anteriores nos muestra que su estado de salud imaginable que marca esta escala visual, siendo evidente que su mejoría.

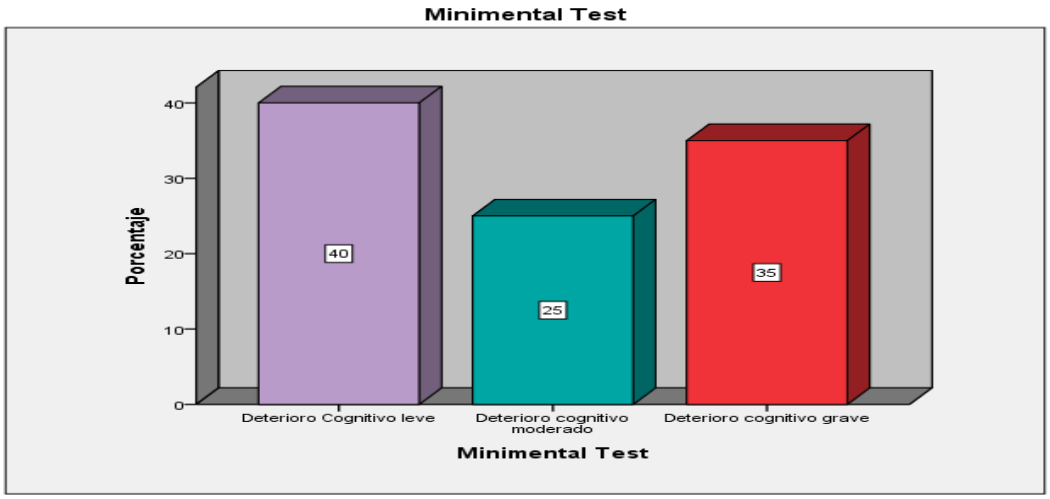
4.2. MINIMENTAL TEST DE FOLSTEIN entrevista segunda

Tabla. 14 Minimental Test

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deterioro Cognitivo leve	8	40,0	40,0	40,0
	Deterioro cognitivo moderado	5	25,0	25,0	65,0
	Deterioro cognitivo grave	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

Gráfico 17. Minimental Test



Fuente: Base de Datos **Elaborado por:** Andrea Daniela Salvador

En lo que compete al Minimental Test de 20 adultos mayores que representan el 100%, se observa que 8 adultos mayores que corresponden al 40% tienen deterioro cognitivo leve, 5 entrevistados los que representan el 25% padecen deterioro cognitivo moderado, y 7 adulto mayor que es el 35% sufren de deterioro cognitivo grave.

Realizando una comparación con el Minimental test anterior los datos estadísticos revelan modificaciones, se observan que los adultos mayores que padecen de deterioro cognitivo moderado pasan a un deterioro cognitivo leve al realizar el ejercicio físico- recreativo-mental, el deterioro cognitivo grave no se ve modificado pero cabe destacar que no hay un aumento de porcentaje.

Comprobación de hipótesis

Hipótesis a comprobar

Hipótesis nula

El estilo de vida NO influirá como tratamiento no farmacológico en la demencia senil de tipo Alzheimer en adultos mayores en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Hipótesis alternativa

El estilo de vida SI influirá como tratamiento no farmacológico en la demencia senil de tipo Alzheimer en adultos mayores en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Resumen de los valores obtenidos

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Minimental Test	20	2,0500	,82558	1,00	3,00
Estado de Salud	20	3,5500	1,53811	1,00	6,00
Actividades Cotidianas	20	2,1000	,55251	1,00	3,00
Movilidad	20	1,6000	,50262	1,00	2,00
Dolor/Malestar	20	2,1000	,55251	1,00	3,00
Cuidado-Personal	20	1,5000	,60698	1,00	3,00
Ansiedad/Depresión	20	2,2500	,71635	1,00	3,00

Prueba estadística

Wilcoxon

Utiliza las magnitudes de las diferencias entre las mediciones y un parámetro de ubicación según una hipótesis, en lugar de los signos de las diferencias.

Valores obtenidos

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Estado de Salud - Minimental Test	Rangos negativos	0[a]	,00	,00
	Rangos positivos	17[b]	9,00	153,00
	Empates	3[c]		
	Total	20		
Actividades Cotidianas - Minimental Test	Rangos negativos	3[d]	4,00	12,00
	Rangos positivos	4[e]	4,00	16,00
	Empates	13[f]		
	Total	20		
Movilidad - Minimental Test	Rangos negativos	9[g]	5,00	45,00
	Rangos positivos	0[h]	,00	,00
	Empates	11[i]		
	Total	20		
Dolor/Malestar - Minimental Test	Rangos negativos	3[j]	4,00	12,00
	Rangos positivos	4[k]	4,00	16,00
	Empates	13[l]		
	Total	20		
Cuidado-Personal - Minimental Test	Rangos negativos	11[m]	6,00	66,00
	Rangos positivos	0[n]	,00	,00
	Empates	9[o]		
	Total	20		
Ansiedad/Depresión - Minimental Test	Rangos negativos	0[p]	,00	,00
	Rangos positivos	4[q]	2,50	10,00
	Empates	16[r]		
	Total	20		

Valores en Z de las pruebas realizadas

Estadísticos de contraste[a]

	Z	Valor p
Estado de Salud - Minimental Test	-3,703[b]	,000
Actividades Cotidianas - Minimental Test	-,378[b]	,705
Movilidad - Minimental Test	-3,000[c]	,003
Dolor/Malestar - Minimental Test	-,378[b]	,705
Cuidado-Personal - Minimental Test	-3,317[c]	,001
Ansiedad/Depresión - Minimental Test	-2,000[b]	,046

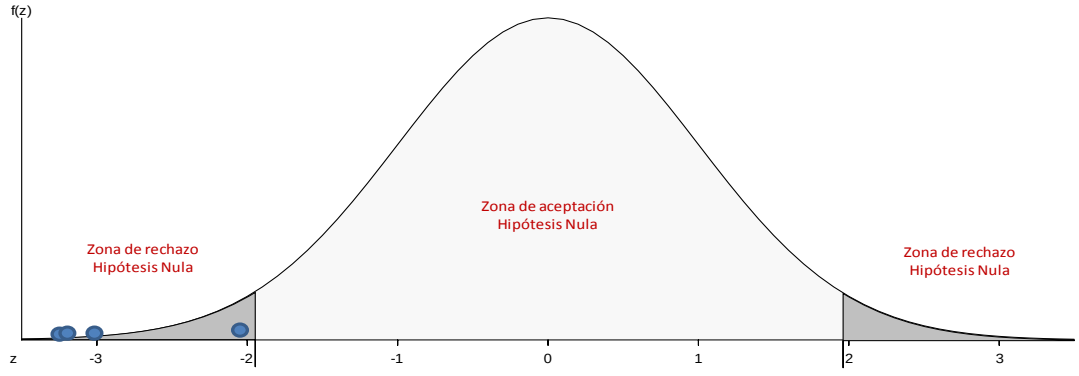
a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

c. Basado en los rangos positivos.

De lo observado en los resultados del estadístico de prueba se determina que si hay relación entre las variables del estilo de vida: estado de salud, movilidad, cuidado personal y depresión con el tratamiento no farmacológico.

Expresado gráficamente se observa que los valores obtenidos se encuentran en la zona de rechazo de la hipótesis nula.



Por lo tanto:

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir que, "El estilo de vida Si influirá como tratamiento no farmacológico en la demencia senil de tipo Alzheimer en adultos mayores en el hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús".

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El presente trabajo de investigación, ha permitido confirmar la influencia del estilo de vida como tratamiento no farmacológico en los adultos mayores con Alzheimer puesto que los datos estadísticos lo ratifican.
- Se ha verificado que un defectuoso estilo de vida, carente de ejercicio físico-recreativo-mental conlleva al empeoramiento de la enfermedad de la Enfermedad de Alzheimer.
- Las personas encargadas de la institución, no han puesto a la disposición personal capacitado para que realicen la práctica continua de ejercicio físico-recreativo-mental, orientada a mejorar el estilo de vida de los adultos mayores con Alzheimer.
- En el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, no ha existido ninguna alternativa de solución al problema detectado, en virtud a esto, se propone una guía de manejo de ejercicios físico- recreativo -mental que ayuden a mejorar las funciones cognitivas en los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.

RECOMENDACIONES

- Dada la importancia del estilo de vida en la incidencia del Alzheimer se recomienda a las personas que custodian a los adultos mayores del Hogar de ancianos Sagrado corazón de Jesús que incluyan y ejecuten este tratamiento no farmacológico para su mejoría.
- Al demostrar que un estilo de vida saludable, en el cual se instaure el ejercicio físico-recreativo-mental, muestra buenos resultados en la terapia

de la Enfermedad de Alzheimer, por lo que se considera necesario su práctica continua.

- Es importante la presencia de personal idóneo para que realice la práctica continua de ejercicio físico-recreativo-mental, en los adultos mayores, en bien de su mejoría como terapia no farmacológica en la demencia senil de tipo Alzheimer.
- Elaborar y aplicar una guía de manejo de ejercicios físico- recreativo - mental que ayuden a mejorar las funciones cognitivas en los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

- **Título:** Guía de manejo de ejercicios físico- recreativo -mental que ayuden a mejorar las funciones cognitivas en los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer
- **Institución ejecutora**
  Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús
- **Beneficiarios:**
  Directos: Adultos mayores del hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús
  Indirectos: Familia de los afectados, centros gerontológicos.
- **Ubicación:**
  Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús
  Tiempo estimado para la ejecución: Febrero- Julio 2014.
- **Equipo Técnico Responsable:**
  Universidad Técnica de Ambato
  Dr. Guillermo Bastidas
  Andrea Salvador.
- **Costo:** $ 200

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Como se encontró en el estudio, el estilo de vida influye en la enfermedad de Alzheimer siendo un factor que puede ser modificado y aclarado para disminuir los casos de esta enfermedad y sus complicaciones.

En la primera entrevista realizada a los adultos mayores sobre su estilo de vida se reporta, un 70%, de los entrevistados mencionaron un estado de salud deplorable; el 20% manifiestan en un estado de salud ni bueno ni malo, el 10% reportan un estado de salud bueno pero no excelen 30% tienen deterioro cognitivo leve, el 35% padecen deterioro cognitivo moderado, y el 35% sufren de deterioro cognitivo grave.

En la segunda entrevista realizada a los adultos mayores un 25%, de los entrevistados mencionaron un estado de salud deplorable; el 25% manifiestan en un estado de salud ni bueno ni malo, el 50% reportan un estado de salud bueno pero no excelente, 40% tienen deterioro cognitivo leve, el 25% padecen deterioro cognitivo moderado, y el 35% sufren de deterioro cognitivo grave.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La Actividad Física se considera la acción más importante que puede realizar el ser humano para mejorar la salud y minimizar los factores de riesgo que determinan las enfermedades.

Es muy importante realizar esta acción para detener la enfermedad de Alzheimer en los adultos mayores, lo que se logrará con esta guía es modificar el estilo de vida en adultos mayores con demencia senil de tipo Alzheimer promoviendo a desarrollar una actividad física que beneficie y sirva como tratamiento no farmacológico.

El cambio de estilo de vida con la implementación del ejercicio físico-recreativo-mental es posible, con voluntad, sólo si los participantes son intérpretes comprometidos en su propio aprendizaje, por ello el adulto mayor es el individuo más importante para cambiar su estilo de vida.

Mediante esta investigación se requiere la necesidad de que el individuo con Alzheimer realice ejercicio físico-recreativo-mental, lo cual me dirijo actuar.

6.4 OBJETIVOS:

6.4.1 Objetivo general:

- Elaborar una guía de manejo de ejercicios físico – recreativo - mental encaminada a mejorar las funciones cognitivas en los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer**.**

6.4.2 Objetivos específicos

- Socializar al personal directivo, sobre los beneficios del ejercicio físico-recreativo-mental.
- Definir una guía apropiada que el adulto mayor con Alzheimer pueda desarrollar para mejorar las funciones cognitivas.
- Diseñar la guía didáctica por medios de gráficos ilustrativos y pasos a seguir.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:

Lo que se propone como parte de la solución del problema investigado, es factible ya que se cuenta con los recursos económicos necesarios, pues la investigadora se compromete a cubrir con los gastos de realización, existe el respaldo científico pues hay varias investigaciones sobre el tema, y el respaldo del lugar investigado, en este caso el Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús, quienes tienen interés en resolver los problemas de salud, además se disponen de los recursos humanos y materiales para su aplicación inmediata y el compromiso de participación del investigador, y en lo referente a lo político es más factible aún, pues existen leyes en donde se promulga la promoción en salud. Lo que permitirá aplicar la propuesta de mejor manera en beneficio de los pacientes con estas características, los que ingresen en un futuro a este Hogar de ancianos.

6.6 FUNDAMENTACIÓN:

Actividad física

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

La actividad física contribuye a mejorar la calidad de la vida a través de los beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales.

No cabe duda de que el ejercicio iniciado desde la juventud puede contribuir a un perfil cognitivo saludable a través del envejecimiento, y este beneficio podría asociarse con beneficios cognitivos posteriores y ser útil aún en etapas tardías

Los beneficios específicos de la actividad física pueden ser fijados en mejorar la capacidad funcional y reducir la fatiga en las actividades de la vida diaria, disminuir enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, mejorar la capacidad funcional, disminuir el colesterol y mejorar la tolerancia a la glucosa, evitar las pérdidas de masa ósea (osteoporosis), estimular la motilidad del colon y prevenir el estreñimiento, ayudar a mantener el equilibrio físico y psíquico, disminuyendo el insomnio, la ansiedad, la depresión, demencia, y favoreciendo el desarrollo social. (OMS., 2010)

Actividad Física en el adulto mayor

Hay que tener en cuenta que nuestro organismo está diseñado para el movimiento y es el desuso lo que conlleva a la enfermedad. El descenso progresivo e irreversible de la capacidad funcional en el anciano se puede retardar considerablemente si participa en programas de actividad física bien regulados. En cualquier caso hay que tener en cuenta que el ejercicio también supone unos riesgos, sobre todo si se realiza sin las debidas precauciones e inadecuadamente, por ello es importante que los ancianos practiquen actividad física moderada y supervisada en caso de padecer alguna dolencia o incapacidad (Martínez R. 2009).

Actividad Física en el Alzheimer

El ejercicio podría tener efectos significativos en el flujo cerebral, en la disponibilidad de neurotransmisores, en el estímulo de factores neurotróficos, en la estructura del cerebro, y en la eficiencia neuronal.

Se podrían crear nuevas células cerebrales cuando hacen ejercicio, lo que estaría mediado por los efectos del factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-I) en las células cerebrales.

El ejercicio físico estimula las conexiones entre neuronas y propicia su desarrollo, retrasando la atrofia de la sustancia gris y blanca del cerebro que se produce con la edad. Por ello, un estilo de vida activo en el que se incluya el ejercicio físico mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales. El hecho de mantenerse activos puede ayudar a las personas mayores a mantener la mayor independencia posible y durante el mayor periodo de tiempo, además de reducir el riesgo de caídas.

El Alzheimer la más conocida y tal vez temida de las demencias es una enfermedad progresiva e irreversible, es posible retrasar su evolución especialmente en etapas tempranas mediante ejercicio físico, especialmente diseñados para tal efecto.

El cerebro es un órgano más plástico de lo que se pensaba y al igual que el músculo también es capaz de modular su respuesta a distintos factores, entre los que se encuentra el ejercicio físico al provocar la producción de neuromoduladores que protejan ante el depósito de placas β-Amiloide.

Las personas con un Alzheimer incipiente podrían preservar su función cerebral durante más tiempo si practicaran ejercicio regularmente. Las evidencias muestran que un menor volumen cerebral está ligado a una peor capacidad cognitiva, por lo que preservar el volumen cerebral (a través del ejercicio) podría traducirse en mejores habilidades cognitivas. El ejercicio físico practicado regularmente puede retrasar el deterioro que produce la enfermedad de Alzheimer, sobre todo en lo relativo a las actividades de la vida diaria.(Schapira J., 2012)

6.7 METODOLOGÍA, MODELO OPERATIVO:

FASES	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE
Planificación Autorización para la realización de la propuesta. Presentación de la propuesta. Selección de la Bibliografía. Diseño de la guía.	Obtener autorización de las autoridades del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Autorización de los participantes.	Entregar la guía a la directora institucional del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.	Solicitud a las autoridades. Material bibliográfico.	Equipo de investigación
Ejecución Revisión y corrección de la guía.	Aplicación de la guía en los adultos mayores.	Entrega y realización de la guía de manejo a la institución.	Material bibliográfico	Equipo de investigación
Evaluación Revisión crítica de la guía para obtener recomendaciones. Evaluación en los adultos mayores.	Adultos mayores con Alzheimer realizando ejercicio físico-recreativo-mental	Evaluación por el equipo de investigación	Música, liga de goma, sillas, cronometro	Equipo de investigación

6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.

Elaborado por: Andrea Salvador.

6.9 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.

Una vez que se haya realizado las actividades de la guía en los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, se les evaluará para confirmar la eficacia del ejercicio físico-recreativo-mental, con lo cual se pretende frenar esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CITAS BIBLIOGRAFICAS

AGUERO, H, FRATIGLIONI L, GUO Z, VIITANEN M, WINBLAD B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. Am J Public Health. 1998; 88(10): 1452-6. 29

AGUERO-Torres H, VITANEN M, WINBLAD B, FRATIGLIONI L. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. J Clin Epidemiol. 2001; 54(8): 795-801. 14. Aguero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, Winblad B. Mortality from dementia in advanced age: a 5-year follow-up study of incident dementia cases. J Clin Epidemiol. 1999; 52(8): 737-43.

AKBARALY TN, PORTET F, FUSTINONI S, DARTIGUES JF, ARTERO S, ROUAUD O, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly: results from the Three-City Study. Neurology. 2009; 73(11): 854-61.

BERMEJO-Pareja F. [Dementia in the elderly can be prevented]. Rev Neurol. 2010; 51(5): 257-8.

BUDSON AE, Price BH. Memory dysfunction. N Engl J Med. 2005; 352(7): 692.

CLARFIELD AM. The decreasing prevalence of reversible dementias: an updated meta-analysis.Arch Intern Med. 2003; 163(18): 2219-29.

COCKRELL JR, FOLSTEIN MF. Mini-Mental State Examination (MMSE). Psychopharmacol Bull. 2008; 24(4): 689-92.

CONTADOR I, FERNANDEZ- B, Ramos F, Tapias-Merino E, Bermejo-Pareja F. [Dementia screening in primary care: critical review]. Rev Neurol. 2010; 51(11): 677-86.

COOPER S, GREENE JD. The clinical assessment of the patient with early dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005; 76 Suppl 5: v15-24.

ENGELHART MJ, GEERLINGS MI, RUITENBERG A, WITTEMAN JC, et al. Dietary intake of antioxidants and risk of Alzheimer disease. JAMA. 2002; 287(24): 3223 9.

GELDMACHER DS, WHITEHOUSE PJ. Evaluation of dementia. N Engl J Med. 1996; 335(5): 330-6.

HUGHES T, Ganguli M. Modifiable midlife risk factors for late-life dementia. Rev Neurol. 2010; 51(5): 259-62.

KHACHATURIAN ZS, SNYDER PJ, DOODY R, AISEN P, COMER M, DWYER J, et al. A roadmap for the prevention of dementia II: Leon Thal Symposium 2008. Alzheimers Dement. 2009; 5(2): 85-92.

KATZMAN R. Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. Neurology. 2005; 43(1): 13-20.

KINSELLA K. Urban and rural dimensions of global population aging: an overview. J Rural Health. 2001; 17(4): 314-22.

MÉNDEZ M.F. CJL. Dementia. A Clinical Aproach. 3 Edition. Butterworth-Heinemann. 2003.

MIDDLETON LE, Yaffe K. Targets for the prevention of dementia. J Alzheimers Dis. 2010; 20(3): 915-24. 30

MONTINE TJ, LARSON EB. Late-life dementias: does this unyielding global challenge require a broader view? Jama. 2009; 302(23): 2593-4.

PAILLARD-Borg S, FRATIGLIONI L, WINBLAD B, WANG HX. Leisure activities in late life in relation to dementia risk: principal component analysis. Dement Geriatr Cogn Disord. 2009; 28(2): 136-44.

PRINCE M, FERRI CP, ACOSTA D, ALBANESE E, ARIZAGA R, DEWEY M, et al. The protocols for the 10/66 dementia research group population-based

research programme. BMC Public Health. 2007UNITED NATIONS NY. World Population Prospects: The 2002 Revision - Highlights. 2003.

PRINCE MJ. The 10/66 dementia research group - 10 years on. Indian J Psychiatry. 2009; 51 Suppl 1: S8-S15.

PRINCE M. Methodological issues for population-based research into dementia in developing countries. A position paper from the 10/66 Dementia Research Group. Int J Geriatr Psychiatry. 2000; 15(1): 21-30.

LINKOGRAFIÁ

(Strub T., 2008) Percepción y sus alteraciones. Recuperado el 25 de Abril de 2014.http://www.definicionabc.com/general/percepcion.php#ixzz39dQyZA2u

(Dermis T, Orler R., 2011)Actividad física y la pérdida de la capacidad mental. Recuperado el 10 Mayo del 2014. http://salud.kioskea.net/faq/6320-alzheimer-y-actividad-fisica

(Greene A., 2005). La memoria y sus pasos. Recuperado el 2 de Abril del 2014. http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/fcs%202009_2_%206-20.pdf.

(Prieto.M., Cunquerella .M. Hernández F. Bellver P..2008) Trastornos de la memoria.Recuperado el 2 de Abril del 2014. http://www.concepcionsscc.cl/ssccintranet/sites/default/files/trastornosmemoria.pdf

Romero E, Tabino D., 2008. Estrés. Recuperado el 24 de Mayo del 2014. http://www.psicologoenvalencia.es/archivos_psicologia/conceptualizaciondelestres.pdf.

(Enriquez S. 2014) Tratamiento no farmacológico. Recuperado el 20 de Junio del 2014.

http://forumclinic.org/es/enfermedadinformaci%C3%B3n/definici%C3%B3n-del-tratamiento-no-farmacol%C3%B3gico(10/07/2014)

(Díaz. F., Hernández R, 2009) Estrategias para un aprendizaje significativo.Recuperado el 10 de Agosto del 2014. http://brd.unid.edu.mx/estrategias-para-un-aprendizaje-sinificativo/

(Tedesco, J. C. 2005) La socialización, su déficit en la sociedad contemporánea. Recuperado el 12 de Junio del 2014. http://www.cmfapostolado.org/IMG/pdf/curso_eje_justicia_paz_capitulo1.pdf

(Will T y Znaniecki F. 2014) Actitud. Recuperado el 5 de Septiembre del 2014. http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud(17/07/2014

(Rivas R. Marco T. 2008) Evita el Alzheimer. Recuperado el 9 de Junio del 2014. http://dietasalamedida.com/portal/articulos/articulosInd/25.asp.

(Travers E., 2010)Estimulación de otras capacidades cognitivas.Recuperado el 5 de Septiembre del 2014. http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulacion-cognitiva/material-de-clase-1/tema-9-texto.pdf

(Peer A., 2008) Razonamiento inductivo.Recuperado el 6 de Septiembre del 2014. http://definicion.de/razonamiento-inductivo/#ixzz3A6dYPsFR

(Rodriguez E., 2013) La importancia de la lectura en los pacientes con Alzheimer. Recuperado el 9 de Agosto del 2014. http://www.institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/855-importancia-de-la-lectura-en-pacientes-con-alzheimer

(Schapira, R. 2013) Ejercicio Físico y Alzheimer. Recuperado el 1de Abril del 2014.http://www.hirsch.org.ar/en/notas-medicas-asistenciales2/item/235-la-importancia-del-ejercicio-f%C3%ADsico-para-prevenir-demencias-como-el-alzheimer-dr-mois%C3%A9s-schapira.html.

OMS., 2010 Alzheimer. Recuperado el 1 de Abril del 2014 http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e3b7b741-3dd2-11e1-a1dd-bb06810b6a11/ACTIVIDADFISICA.pdf

(Delgado A. Ramirez G. Zaa I. 2010)Revista multidisciplinar de las Ciencias del Deporte. Recuperado el 2de Abril del 2014. http://cdeporte.rediris.es/revista/revista.html.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

EBRARY.Requena Hernández, Carmen Ortiz Alonso, Tomás (2005). Estudio sobre los efectos del tratamiento combinado (fármaco y estimulación cognitiva) en la recuperación de la funciones cognitivas en la enfermedad de Alzheimer. Universidad Complutense de Madrid. España. Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10088823&p00=alzheimer%20y%20estilo%20de%20vida.

EBRARY.Donoso S., Archibaldo Vásquez V., Carolina (2005).Deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer: presentación de dos casos. Red Revista de Psicología. Vol XI. Chile. Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10102849&p00=alzheimer%20y%20estilo%20de%20vida.

EBRARY. Maurer, Konrad Maurer, Ulrike (2007).Alzheimer: la vida de un médico y la historia de una enfermedad. Ediciones Díaz de Santos. España. Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10159982&p00=alzheimer%20y%20estilo%20de%20vida.

SCIELO.Virtudes Rodero-Sánchez, Sagrario Acebedo-Urdiales, Carmen Vives-Relats, Carmen Pérez-Gurrea. (2006).Análisis de los posibles desde la teoría de

Parse en una persona con Alzheimer/The analysis of the possibles through Parse's theory on a person with Alzheime. Index Enferm Vol.15 Granada. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200009&lang=pt

PROQUEST. Mega, Michael S; Masterman, Donna M; O'Connor, Susan M; Barclay, Terry R; Cummings, Jeffrey L. (Nov 1999)The spectrum of behavioral responses to cholinesterase inhibitor therapy in Alzherimer disease.Vol. 56.American Medical Association. Chicago. United States. Disponible en: 93. http://search.proquest.com/docview/205981343/E9CA410783B046E4PQ/5?accountid=36765

ANEXOS

ANEXO 1
ENTREVISTA

COGNOSCITIVO (MEC)

Minimental Test

EDAD:> 65 años…. < 65 años….

ORIENTACIÓN

•Dígame el día.....fecha…..Mes.....Estación.....Año.....**___5**

• Dígame el hospital (o lugar).....
Plantapiso.....ciudad.....Provincia.....Nación.....**___5**

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda).**___3**

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? **___5**

• Repita estos tres números: 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás **___3**

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? **___3**

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj **___2**

• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros **___1**

• Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?

¿Qué son el rojo y el verde? **___2**

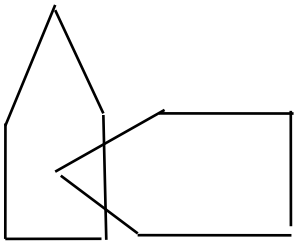
- ¿Qué son un perro y un gato? **___3**

- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa**___1**

- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS **___1**

- Escriba una frase **___1**

- Copie este dibujo **___1**



ANEXO 2

EQ5D

Marcar con una cruz aquellas afirmaciones que describan mejor su estado de salud el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas para caminar □

Tengo algunos problemas para caminar □

Tengo que estar en cama □

Cuidado-Personal

No tengo problemas con el cuidado personal □

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo □

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo □

Actividades Cotidianas (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas □

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas □

Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas □

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar □

Tengo un dolor o malestar moderado □

Tengo mucho dolor o malestar □

Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso ni deprimido □

Estoy moderadamente ansioso o deprimido □

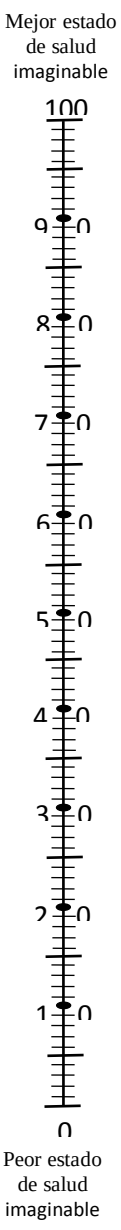
Estoy muy ansioso o deprimido □

TERMOMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACION DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el casillero abajo hasta el punto que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado de salud hoy



ANEXO 3

Aplicación de la propuesta

GUIA DE MANEJO DE EJERCICIOS FÍSICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE PADECEN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

"Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena."

Ingmar Bergman

Días lunes y viernes

Estrategia: BAILOTERAPIA

Material: Música, cronómetro.

Lugar: Salón de uso múltiple del hogar de ancianos.

Actividades:

1. Ubicar en forma de circulo a los participantes
2. La investigadora dará las indicaciones con términos sencillos, a la vez que demostrara cada actividad que propone.
3. Demostrar actitud altamente positiva al dirigirse a los adultos.

Foto N. 1

Estiramiento

Tiempo aproximado 2 minutos

Paso N. 1

- Elevar los brazos, 2 veces por 5 segundos cada una.

Foto N. 2

- Elevar los brazos y sujetar las manos entrecruzando los dedos, produciendo una presión hacia arriba, por 20 segundos.

Foto N. 3

Foto N. 4

- Colocar los brazos hacia adelante, en una posición a 90 grados sujetando sus manos entrecruzado sus dedos, con las palmas hacia afuera, y producir presión por 15 segundos.

Foto N. 5

- Mirando al frente y la espalda recta, elevamos la cabeza hacia atrás, y hacia adelante, lentamente. Por unos 10 segundos.

Foto N. 6

Foto N. 7

- Mirando al frente y la espalda recta, gira la cabeza hacia su hombro con ayuda de su mano del mismo lado produciendo un poco presión, por 10 segundos.

Foto N. 8

Foto N. 9

- Elevamos el brazo realizando lateralidad hacia un lado, y luego intercalamos por 15 segundos

Foto N. 10

Foto N. 11

- Realizamos flexión del tronco tratando de topar los dedos de las manos con sus pies, por unos 10 segundos

Foto N. 12

Foto N. 13

- Pedir que sus manos topen sus hombros repetidas veces por 15segundos

Foto N. 14

Foto N. 15

- Realizar círculos con los tobillos manteniendo el equilibrio y partiendo desde la posición de pie. Por 15 segundos

Foto N. 16

Bailoterapia

Paso N. 2

- **Con estos pasos intercalar según la música. Por un tiempo aproximado de 25 minutos, con promedio de cada movimiento de dos minutos, terminada la secuencia rítmica volver a empezar. Demostrar alegría al realizar las actividades.**
- Con el ritmo de la canción, y las manos en la cintura producir movimiento corporal.

Foto N. 17

- Con el ritmo de la canción, y las manos elevadas producir movimientos sincronizados.

Foto N. 18

- Con el ritmo de la canción, aplaudir produciendo movimiento corporal, procurando coordinar brazos y piernas.

Foto N. 19

- Con el ritmo de la canción, con las manos en la cintura pedir que se agachen, produciendo movimiento corporal.

Foto N. 20

Foto N. 21

- En circunferencia sujetarse las manos y bailar al ritmo de la música, abriendo y cerrando el circulo

Foto N. 22

- En circunferencia, al ritmo de la música girar hacia la derecha y luego hacia la izquierda.

Foto N. 23

- Con el ritmo de la canción, con los brazos en posición de péndulos, produciendo movimiento corporal coordinado.

Foto N. 24

Foto N. 25

- Con el ritmo de la canción, los brazos a la altura del tórax en movimiento horizontal, y de cadera, producimos movimiento corporal total.

Foto N. 26

Foto N. 27

- Con el ritmo de la canción, y con los brazos en movimiento horizontal hacia un lado, dando dos pasos, y luego hacia el otro.

Foto N. 28

Foto N. 29

- Con movimientos de cadera, simulamos que nos ponemos y sacamos un sombrero, produciendo así movimiento corporal

Foto N. 30

Foto N. 31

- Con el ritmo de la canción, colocamos los brazos hacia atrás y producimos movimiento corporal.

Foto N. 32

- Con el ritmo de la canción, se toman las manos en pareja, produciendo movimiento corporal.

Foto N. 33

Finalización

Paso N. 3

- Al terminar esta actividad se aplicara actividades de inspiraciones y espiraciones profundas.

Foto N. 34

Foto N. 35

- Elevar los brazos, por 10 segundos

Foto N. 36

- Autoabrazarse.

Foto N. 37

Día miércoles

Estrategia: Movimientos Rítmicos

Material: Música, liga de goma, sillas, cronometro.

Duración: 30 minutos.

Lugar: Salón de uso múltiple del hogar de ancianos.

1. Ubicar en forma de circulo a los participantes
2. La investigadora dará las indicaciones con lenguaje sencillo
3. Demostrar actitud altamente positiva al dirigirse a los adultos

Fase Inicial o Calentamiento

Se debe realizar en un tiempo promedio de 10 minutos con movimientos lentos y continuos. El adulto mayor debe estar de pie.

Ejercicio N. 1

Caminata a paso lento con respiraciones suaves y pausadas al ritmo de la caminata, incluyendo balanceo de los brazos. Por unos 2 minutos.

Foto N. 38

Ejercicio N. 2

Partiendo de la posición neutra se harán flexión y extensión del cuello, de manera suave y pausada, respetando el rango de movimiento de cada paciente. Por 15 segundos

Foto N. 39

Foto N. 40

Ejercicio N.3

Partiendo desde la posición neutra se realizarán rotaciones de cabeza y cuello hacia ambos lados de manera alternada. Por 15 segundos.

Foto N. 41

Foto N. 42

Ejercicio N.4

Realizar elevaciones de los hombros, partiendo desde una postura relajada de los brazos pegados al tórax. Por 20 segundos.

Foto N. 43

Foto N. 44

Ejercicio N. 5

Realizar flexión total de los brazos partiendo desde la posición neutra de hombro, pudiéndose hacer de modo bilateral o alternado los brazos. Por 1 minuto

Foto N. 45

Foto N. 46

Ejercicio N 6

Partiendo de una extensión de hombro con flexión de codo, se realiza una extensión de codo manteniendo la extensión de hombro y sujetándose las manos entre cruzando los dedos, realizando una pequeña flexión de tronco. Por 30 segundos

Foto N. 47

Ejercicio N. 7

Desde una flexión de hombro a 90º y extensión de codo, con el antebrazo en posición prona y las muñecas en posición neutra, se realizarán flexión y extensión palmar. Por 40 segundos.

Foto N. 48

Foto N. 49

Ejercicio N.8

Partiendo de la posición neutra de la columna y con los brazos pegados al tórax se realiza una flexión de la columna y se flexionan los brazos dejándolos relajados al frente y luego se regresa a la posición inicial. Por unos 30 segundos

Foto N. 50

Ejercicio N. 9

Con los brazos en flexión a 90º, codos en extensión, antebrazos y muñecas en posición neutra, se realiza una aducción o flexión horizontal sobrepasando la línea media (tijeras). Por 40 segundos.

Foto N. 51

Foto N. 52

Ejercicio N. 10

Realizar círculos con los tobillos manteniendo el equilibrio y partiendo desde la posición de pie. Alternando derecho e izquierdo. Por 20 segundos.

Foto N. 53

Ejercicio N. 11

Elevar los brazos realizando palmadas. Por 40 segundos.

Foto N. 54

Ejercicio N. 12

Colocamos las manos en la cintura realizando balanceo hacia un lado y luego hacia el otro. Por 50 segundos.

Foto N. 55

Foto N. 56

Ejercicio N. 13

Caminata a paso liguero con respiraciones suaves y pausadas al ritmo de la caminata, incluyendo balanceo de los brazos. Por unos 2 minutos.

Foto N. 57

Fase de Fortalecimiento

Se la debe realizar en un lapso de 15 minutos, el paciente deberá sentarse luego volverá a ponerse de pie cuando se de la indicación.

Ejercicio N. 1

En posición sentada y con la espalda recta se realiza una extensión de rodilla completa y luego se regresa a la postura de partida., alternando cada lado. Por 1 minuto.

Foto N. 58

Ejercicio N.2

Sentado va a realizar flexión y extensión de las extremidades y tronco, tratando de topar las manos a los pies. Por 30 segundos

Foto N. 59

Ejercicio N. 3

En posición sentada y con la espalda pegada al respaldo de la silla, se solicita que realice abducción y aducción de piernas (abrir y cerrarlas). Por 1 minuto.

Foto N. 60

Ejercicio N. 4

En posición sentada y con la espalda pegada al respaldo de la silla se coloca la cinta de goma rodeando las plantas de los pies y sujetándola con las manos en los extremos y se realiza una extensión de rodilla completa y luego se regresa a la postura de partida. Por 1 minuto.

Foto N. 61

Ejercicio N. 5

En posición sentada se coloca la cinta de goma bajo los pies realizando presión se entrecruza la cinta sosteniéndola con las manos, con los brazos en flexión a 90º, codos en extensión, halamos. Por 1 .minuto

Foto N. 62

Ejercicio N. 6

En posición bípeda se realizarán flexiones de rodillas con extensión de cadera, alternando cada pierna, cuidando de mantener la espalda erguida y la vista al frente. Le pedimos que se coloque tras la silla para que pueda sostenerse. Por 1 minuto.

Foto N. 63

Ejercicio N. 7

En posición bípeda ubicados detrás de una silla, sujetada a ella, inclinarse a la altura de las caderas, lentamente levanta una pierna hacia atrás, e intercaladamente se repite con la otra pierna. Por 1 minuto

Foto N. 64

Ejercicio N. 8

En posición bípeda se hará dorsiflexión (pararse de talones) y flexión plantar (pararse de puntas) con ambos pies y alternando los movimientos o realizando primero uno al finalizar la serie. Sujetándose de la silla. Por 40 segundos

Foto N. 65

Foto N. 66

Ejercicio N. 9

En posición bípeda., detrás de la silla, los pies ligeramente separados, sujetados de la silla para equilibrarse, lentamente levantar una pierna hacia un lado e intercalar con la otra pierna. Por 1 minuto.

Foto N. 67

Foto N. 68

Ejercicio N. 10

Partiendo de la posición bípeda y manteniendo la espalda erguida el adulto sostendrá en cada mano una cinta de goma, sus codos en flexo extensión, realizando tirones con sus brazos. Por 1 minuto.

Foto N. 69

Foto N. 70

Ejercicio N. 11

Partiendo de la posición bípeda y manteniendo la espalda erguida se harán flexiones de cadera y rodilla para descender hasta que la rodilla este en un rango de flexión de 90º (sentadillas), cuidando siempre que la rodilla no sobrepase de la alineación con los pies, manteniendo la vista al frente y se regresa a la postura de partida. Sin forzar al paciente. Se realiza 7 (sentadillas) y se descansa 10 segundos, y se repite nuevamente. Por 1minuto.

Foto N. 71

Foto N. 72

Ejercicio N. 12

Sujetar la cinta de goma por detrás de la espalda a la altura de la cintura, y se realiza giros intercalando cada lado. Por 1 minuto.

Foto N. 73

Foto N. 74

Ejercicio N. 13

En posición bípeda elevamos los brazos sujetando la cinta de goma y lo lateralizamos hacia un lado y luego hacia el otro. Por 1 minuto

Foto N. 75

Foto N. 76

Ejercicio N 14

En posición bípeda realizamos extensión y flexión de los codos, realizando puño en las manos, imitando dar un golpe, primero un brazo y luego el otro. Por 1 minuto

Foto N. 77

Foto N. 78

Ejercicio N. 15

Caminata a paso ligero con respiraciones suaves y pausadas al ritmo de la caminata, incluyendo balanceo de los brazos. Por unos 2 minutos.

Foto N. 79

Fase Final

Será de 5 min. Aproximadamente e incluye ejercicios de flexibilidad y equilibrio. El estiramiento debe mantenerse al menos 10 segundos y repetirse de 3 a 5 veces al final de la sesión de actividad. Deben realizarse de forma lenta y sostenida para evitar lesiones.

Ejercicio N. 1

En posición bípeda realizar balanceos sobre cada una de las extremidades inferiores, dejando caer el peso del cuerpo en la pierna que se encuentra apoyada en el piso, haciendo los movimientos de forma alternada.

Foto N. 80

Ejercicio N. 2

En posición bípeda con las extremidades inferiores en posición neutra, desplazar una pierna hacia delante unos 15 cm dejando caer el peso del cuerpo sobre ella y luego desplazar hacia el punto de partida la pierna y desplazarla hacia atrás unos 10 cm dejando caer el peso del cuerpo hacia atrás.

Foto N. 81

Foto N. 82

Ejercicio N. 3

Partiendo de la posición neutra se harán flexión y extensión del cuello, de manera suave y pausada, respetando el rango de movimiento de cada paciente.

Foto N. 83

Foto N. 84

Ejercicio N. 4

Partiendo desde la posición neutra con la vista al frente se realizarán lateralizaciones de cuello de modo suave y pausado permitiendo que el estiramiento sea eficaz, colocando la mano a manera de presión en la cabeza, alternando los movimientos a cada lado regresando siempre a la postura de partida entre cada movimiento.

Foto N. 85

Foto N. 86

Ejercicio N. 5

En posición bípeda, elevar un brazo y lo lateralizarlos hacia un lado, mientras el otro descansa en la cintura y se regresa a la postura de partida entre cada movimiento realizado, haciéndolo de manera alternada.

Foto N. 87

Foto N. 88

Ejercicio N. 6

En bipedestación se realiza una extensión de los brazos y se entrecruzan los dedos en la parte posterior del cuerpo y se intenta la máxima extensión de los hombros para permitir un estiramiento de los bíceps braquiales y de los pectorales.

Foto N. 89

Ejercicio N. 7

En bipedestación se hace la flexión de hombro con flexión de codo y el brazo contrario se lleva por detrás de la cabeza para tomar el codo del brazo contralateral y así llevarlo más hacia atrás, haciendo con ello un estiramiento del tríceps braquial, y una vez terminadas las series a realizar se cambia de brazo.

Foto N. 90

Ejercicio N. 8

En posición bípeda se hace una flexión horizontal de hombro y con la mano contraria se sostiene al brazo, permitiendo así el estiramiento y luego se hace con el brazo contrario.

Foto N. 91